

**MARISA ISABEL VIANA BARROS**

**A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

PORTO, 2009



**MARISA ISABEL VIANA BARROS**

**A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

PORTO, 2009

**MARISA ISABEL VIANA BARROS**

**A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

---

Marisa Isabel Viana Barros

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa pela mestranda Marisa Isabel Viana Barros, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Mestre Carla Fonte e co-orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

## **A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

### **RESUMO**

A literatura indica que as virtudes humanas constituem um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a vivência de emoções negativas, ao assumirem-se como indicadores de bem-estar. Sendo a esperança uma dessas virtudes, assume-se como uma característica da personalidade humana necessária para uma vivência saudável e digna, uma vez que tem um impacto positivo no bem-estar físico e psicológico do ser humano. De facto, vários estudos sustentam que a esperança é uma característica da personalidade humana positiva com valor significativo na vida do ser humano. Esta virtude constitui-se como uma força inerente ao ser humano, à qual este último pode recorrer em todas as suas experiências e vivências, embora se verifique que o recurso a esta virtude aconteça com maior intensidade perante a adversidade.

A prática profissional na área da saúde pode constituir-se como uma ameaça ao bem-estar dos profissionais de saúde que lidam com doentes debilitados em sofrimento. Assim, trabalhar em Oncologia é um acontecimento de vida difícil e potencialmente gerador de stress e de sentimentos negativos, que mobilizam o profissional de saúde, ameaçando o seu bem-estar físico e psicológico. Face a estas condições, a esperança é reconhecida neste domínio, sendo identificada como uma força valorizada de promoção de uma qualidade de vida a que o ser humano aspira.

Esta realidade fundamenta este estudo exploratório, inserido numa investigação com recurso a metodologias compósitas (quantitativas e qualitativas). No estudo de natureza quantitativa procurou-se: avaliar a esperança dos profissionais de saúde que trabalham em Oncologia e analisar quais as variáveis sócio-demográficas associadas a esta dimensão, uma vez que este contexto acarreta um desgaste adicional significativo nesta população e é passível de ser indutor de níveis de esperança baixos. Sessenta e três profissionais de saúde de uma unidade oncológica de um hospital público do litoral norte (17 médicos e 46 enfermeiros) completaram um questionário sócio-demográfico e

a Escala de Esperança. Verificou-se que a amostra apresenta índices de esperança entre 48 e 85 valores ( $M=67,62$ ;  $DP=7,50$ ), sendo que estes valores não se encontram associados às características sócio-demográficas dos participantes. Estes resultados permitem inferir que, apesar destes profissionais serem confrontados permanentemente com situações difíceis, mantêm a esperança, o que anuncia ser uma excelência pelos efeitos positivos que esta pode exercer na sua vida pessoal e profissional, de acordo com resultados de estudos realizados previamente junto de outras populações.

No estudo de natureza qualitativa procurou-se compreender as experiências e vivências associadas à prática laboral dos profissionais de saúde; analisar o impacto físico e psicológico que estas experiências e vivências causam no seu bem-estar; e perceber a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde contribui para o exercício da sua profissão e para o seu bem-estar no contexto profissional. Dez profissionais de saúde (1 médico e 9 enfermeiros), seleccionados de modo intencional da amostra do estudo anteriormente apresentado, responderam a uma entrevista semi-estruturada elaborada para o efeito. As narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde à prática laboral reflectem que a experiência de trabalhar em Oncologia pode se transformar numa ameaça ao bem-estar destes, sobretudo quando os profissionais de saúde não possuem estratégias de *coping* para lidarem com a adversidade, desde o confronto com o sofrimento alheio à perda. Relativamente ao papel que a esperança tem em si próprios e no exercício da profissão, as narrativas e significados dos profissionais de saúde permitiram constatar que estes identificam a esperança como protectora e promotora de saúde, identificando-a como uma força valorizada de promoção de qualidade de vida. Conclui-se, assim, que a esperança testemunha e contribui para o florescimento e funcionamento saudável dos seres humanos a nível profissional e também pessoal, nomeadamente daqueles que estão sujeitos a situações de vida penosas, tal como os profissionais de saúde em estudo.

## **THE HOPE IN ONCOLOGY HEALTH PROFESSIONALS: CONTRIBUTIONS TO PROFESSIONAL PRACTICE**

### **ABSTRACT**

The literature shows that human virtues are an investment of excellence for the development of positive human functioning; they are an innovative and complementary way to limit the experience of negative emotions, being indicators of well-being. Being hope one of those virtues, it is assumed as a characteristic of the human personality necessary for a healthy and dignified life, since it has a positive impact on physical and psychological well-being. Indeed, several studies support that hope is a positive feature of the human personality with a significant value on the lives of human beings. This virtue is an intrinsic power of the human being; he may use it in all of his experiences, though it is more frequently used in face of adversity.

Health care can be a threat to the well-being of health care professionals who deal with the suffering of debilitated patients. Thus, working in Oncology is a difficult and potentially stress full life event. Given these circumstances, hope is recognized as a valued force for the promotion of quality of life.

This is the basis for this exploratory study, encompassing quantitative and qualitative methodologies. The quantitative study aimed to evaluate the hope of health care professionals working in Oncology and to analyse the relationship between hope and several, since this context is likely to induce low levels of hope. Sixty-three health care professionals from an Oncology unit of a public hospital (17 doctors and 46 nurses) completed a socio-demographic questionnaire and the Hope Scale. Hopes scores ranged from 48 to 85 ( $M=67.62$ ,  $SD=7.50$ ) and were not related to the socio-demographic characteristics of the participants. These results suggest that, even though these professionals usually face difficult situations, they keep their hope. This is very positive if one considers the positive effects it may have in their personal and professional life.

The qualitative study aimed to understand the work experiences of health care professionals, to analyse the physical and psychological impact these experiences have in their well-being, and to understand to that level the hope of health care professionals contributes to their profession and well-being. Ten health care professionals (1 doctor and 9 nurses; intentional sample) answered to a semi-structured interview developed for the study. The narratives and meanings attributed by health care professionals to their work suggest that the experience of working in Oncology can become a threat to their well-being, especially when they do not have coping strategies to deal with adversity. Regarding the role hope has in themselves and in the profession, it was found that they identify hope as promoter and protector of health, identifying it as a valued force for promoting quality of life. In conclusion, hope contributes to the growth and healthy functioning of human beings at professional and personnel levels, namely of those who experience to painful situations, as the health care professionals studied.

## **L'ESPERANCE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE D'UNE UNITE DE ONCOLOGIE : CONTRIBUTIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

### **RESUME**

La littérature nous dit que les vertus humaines sont un excellent investissement pour le développement du fonctionnement humain positif, ce qui en fait un aspect innovant et complémentaire de délimiter l'expérience de vivre des émotions négatives, devant être interpréter comme un indicateur de bien-être. Comme l'espérance est une de ces vertus, elle s'assume comme une caractéristique de la personnalité humaine, nécessaire pour une vie saine et digne, car elle détient un impact positif sur le bien-être physique et psychologique des êtres humains. En effet, plusieurs études font valoir que l'espérance est une caractéristique positive de la personnalité humaine, avec une valeur significative sur la vie des êtres humains. Cette vertu se constitue comme un pouvoir inhérent à l'être humain, qui peut être utilisé en toutes leurs expériences, mais apparemment, il semble que l'utilisation de cette vertu parvient durant les moments remplis d'adversité.

La pratique professionnelle en matière de santé peut offrir une menace sur le bien-être des professionnels de la santé, qui apportent des soins à des patients affaiblis par la douleur. Ainsi, travailler en Oncologie est un événement de vie rude et potentiellement développeur de *stress* et de sentiments négatifs, qui mobilisent les professionnels de la santé, mettant en péril leur bien-être physique et psychologique. Dans ces conditions, l'espérance est reconnue dans ce domaine et est identifiée comme une force pour la promotion d'une meilleure qualité de vie que l'être humain désire.

Cette réalité a fondé cette étude exploratoire, qui est intégrée dans une conception plus globale de recherche en utilisant des méthodes composées (quantitatifs et qualitatifs). L'étude de nature quantitative visait évaluer l'espérance des professionnels de la santé qui travaillent en Oncologie et analyser les variables sociodémographiques, qui se associent à cette dimension, puisque ce cadre est passible d'une usure supplémentaire importante dans cette population et est susceptible d'être inducteur de faible niveau d'espérance. Soixante-trois professionnels de la santé qui travaillent dans une unité d'Oncologie d'un hôpital public (17 médecins et 46 infirmiers) ont répondu à

un questionnaire sociodémographique et à L'Escale d'Espérance. On a constaté que l'échantillon détient des indices d'espérance entre 48 et 85 valeurs ( $M = 67,62$  ; *Écart type* = 7,50) et que les valeurs obtenues ne se associent pas aux caractéristiques sociodémographiques des participants. Ces résultats permettent conclure que, en dépit de ces professionnels de la santé être constamment confrontés à des situations délicates, maintiennent l'espérance, ce qui annonce que cette vertu é une excellence, qui exerce des effets positifs sur leur vie personnelle et professionnelle, selon les résultats d'études réalisées antérieurement avec d'autre population.

L'étude de nature qualitative visait comprendre les expériences de travail liées à la pratique de soins des professionnels de la santé; analyser les effets physiques et psychologiques que ces expériences causent sur leur bien-être ; et comprendre a que niveau l'espérance des professionnels de la santé contribue à l'exercice de leur profession et de leur bien-être. Dix professionnels de la santé (1 médecin et 9 infirmiers), sélectionnés de manière intentionnelle de l'échantillon de l'étude présentée antérieurement, ont répondu à une *interview* semi-structurée, élaborée pour cet effet. Les récits et les significations attribuées par les professionnels de la santé sur la pratique professionnelle reflètent que l'expérience de travailler en Oncologie peut devenir une menace pour le bien-être de ceux-ci, surtout quand les professionnels de la santé n'ont pas de stratégies d'adaptation pour faire face à l'adversité, dès la confrontation avec la souffrance d'autrui à la perte. En ce qui concerne le rôle que l'espérance a en eux-mêmes et sur l'exercice de la profession, à partir des récits et des significations attribuées par les professionnels de la santé, on a constaté que l'espérance est identifiée comme un promoteur et protecteur de santé et est reconnue comme une force valorisée de promotion de la qualité de vie. Donc, on conclue que l'espérance témoigne et contribue à la croissance et au bon fonctionnement de l'être humain à un niveau personnel et professionnel, en particulier pour ceux qui sont soumis à des situations désagréables de vie comme les professionnels de la santé en étude.

## **DEDICATÓRIA**

Aos profissionais de saúde, sobretudo aos médicos e enfermeiros, que generosamente acarinharam este projecto e colaboraram no trabalho de campo da presente investigação, dedico este estudo, o qual sendo realizado a pensar neles e numa das virtudes que o ser humano detém, é meu desejo sincero que da sua eventual utilidade prática sejam eles os principais beneficiários, pelo papel preponderante que lhes está inerente e pelo bem-estar físico e psicológico que a esperança, como virtude humana, lhes pode proporcionar a si, aos seus doentes e respectivos familiares destes últimos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de um modo muito especial à orientadora, Professora Mestre Carla Fonte pelos seus contributos, quer humanos quer científicos e muitos mais para além destes, que tão bem conseguiu, de forma espantosa, ser uma força motriz neste trabalho. Soube suportar as minhas inquietudes, desaires e insatisfação tão característico neste percurso, ao apoiar, ajudar, orientar e valorizar o meu trabalho.

Agradeço também à Professora Doutora Rute Meneses, pela forma como acarinhou este projecto já na sua fase final, pelo seu apoio, partilha de saberes, pertinência das suas críticas e sugestões, que constituíram fonte de uma excelente aprendizagem pessoal e profissional e, sobretudo, por ter permitido o término deste projecto.

Não poderia deixar de agradecer também, aos restantes professores, sem excepção, com quem tive a oportunidade e o prazer de me cruzar ao longo deste percurso, pela partilha de conhecimentos científicos e humanos e por terem proporcionado momentos inesquecíveis, que serão sempre recordados com especial carinho, pela aprendizagem e experiência que promoveram.

Gostaria também de agradecer à Direcção da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E, ao Director e Enfermeira-chefe do Departamento de Medicina, assim como ao Director e Enfermeiras-chefes do Serviço de Medicina I e Unidade de Oncologia que permitiram e facilitaram a realização deste projecto.

Agradeço de igual modo a todos os profissionais de saúde do Serviço de Medicina I e da Unidade de Oncologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E que me receberam e desde o primeiro momento se prontificaram a colaborar neste projecto. Sem os seus testemunhos e contributos, este projecto tornar-se-ia impossível de concretizar. A eles, um muito obrigado.

Agradeço com um carinho muito especial e exclusivo, aos meus pais pelo sentimento de gratidão que lhes devo e que não cabe em palavras. Mesmo assim, arrisco a dizer que junto deles aprendi algo que claramente nenhum livro pode ensinar, porque souberam

transmitir-me o significado de amor incondicional. Agradeço-lhes ainda a educação e os conselhos sábios que me deram ao longo da vida, assim como os valores e os princípios que sempre me inculcaram e que eu tanto valorizo.

Também de um modo muito especial e particular, agradeço ao Ricardo pelo apoio e pelo suporte que me deu ao longo deste percurso e, sobretudo, pelo reconhecimento que sempre me dá. Sempre esteve presente em todos os momentos, especialmente nos difíceis e quando o desânimo, a nostalgia e a ansiedade perduravam, teve sempre uma palavra reconfortante para me acalmar e incentivar neste árduo percurso.

Agradeço de igual modo à minha família, em particular aos meus avós maternos e avó paterna pelo apoio, suporte, confiança, valorização e alegria que sempre me deram, dão e continuarão a dar.

Finalmente, na esperança de não omitir ninguém, agradeço a todos as pessoas que, directa ou indirectamente, estiveram envolvidas neste trabalho, em particular aos amigos, que não vou nomear pelo receio de omitir alguém mas, que certamente se identificarão nestas palavras de gratidão, pelas suas palavras reconfortantes e entusiastas de incentivo ao longo deste percurso, ao manifestarem apoio incondicional e ajudarem a acreditar que era possível a concretização deste trabalho.

Obrigada a todos, sem excepção, por terem ajudado este sonho a tornar-se realidade.

## ÍNDICE GERAL

|                              |      |
|------------------------------|------|
| Resumo .....                 | i    |
| Abstract.....                | iii  |
| Résumé .....                 | v    |
| Dedicatória.....             | vii  |
| Agradecimentos .....         | viii |
| Índice geral .....           | x    |
| Índice de abreviaturas ..... | xiii |
| Índice de quadros.....       | xiv  |
| Índice de figuras .....      | xv   |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| INTRODUÇÃO GERAL..... | 1 |
|-----------------------|---|

### PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### CAPÍTULO I – A ESPERANÇA: UMA VIRTUDE DO SER HUMANO

|  |    |
|--|----|
| 1. Introdução.....   | 7  |
| 2. A esperança: Perspectiva histórica .....                          | 7  |
| 3. A esperança como objecto de interesse da Psicologia Positiva..... | 10 |
| 4. Definição da esperança.....                                       | 12 |
| 4.1. A esperança vs. outras dimensões positivas .....                | 15 |
| 5. A esperança: A teoria de Snyder e colaboradores .....             | 16 |
| 6. A esperança e a saúde .....                                       | 22 |
| 7. Síntese.....  | 29 |

#### CAPÍTULO II – OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ONCOLOGIA

|  |    |
|--|----|
| 1. Introdução.....   | 32 |
| 2. Os profissionais de saúde .....                                   | 32 |
| 2.1. A profissão médica.....   | 33 |
| 2.2. A profissão de enfermagem.....                                  | 34 |
| 2.3. O profissional de saúde e a sua relação com o paciente.....     | 35 |
| 2.3.1. A comunicação na relação profissional de saúde-paciente ..... | 36 |

|  |    |
|--|----|
| 2.3.1.1.A verdade e a esperança na comunicação .....                 | 37 |
| 2.3.2. A humanização na relação profissional de saúde-paciente ..... | 40 |
| 3. A oncologia .....   | 41 |
| 3.1. Impacto da doença oncológica nos profissionais de saúde .....   | 43 |
| 4. Síntese.....  | 49 |

## PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

### CAPÍTULO I – ESTUDO QUANTITATIVO

|  |    |
|--|----|
| 1. Fundamentação, importância e objectivos do estudo .....       | 54 |
| 2. Participantes .....   | 55 |
| 2.1. Critérios de inclusão vs. critérios de exclusão .....       | 55 |
| 2.2. Caracterização dos participantes .....                      | 56 |
| 3. Material .....  | 57 |
| 3.1. Questionário sócio-demográfico .....                        | 57 |
| 3.2. Escala de Esperança .....                                   | 58 |
| 4. Procedimento .....  | 60 |
| 5. Apresentação dos resultados .....                             | 62 |
| 5.1. Análise descritiva da variável em estudo: A esperança ..... | 63 |
| 5.2. Análise inferencial das variáveis em estudo .....           | 63 |
| 6. Discussão dos resultados .....                                | 65 |

### CAPÍTULO II – ESTUDO QUALITATIVO

|  |    |
|--|----|
| 1. Fundamentação, importância e objectivos do estudo ..... | 69 |
| 2. Participantes .....                                     | 70 |
| 2.1. Critérios de inclusão vs. critérios de exclusão ..... | 71 |
| 2.2. Caracterização dos participantes .....                | 71 |
| 3. Material .....  | 73 |
| 3.1. Entrevista semi-estruturada .....                     | 73 |
| 4. Procedimento .....                                      | 74 |
| 5. Análise de dados .....                                  | 76 |
| 6. Apresentação dos resultados .....                       | 80 |
| 7. Discussão dos resultados .....                          | 94 |

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO GERAL

1. Estudo quantitativo e estudo qualitativo: Uma relação dinâmica..... 105
2. Limitações dos estudos empíricos e sugestões para estudos futuros..... 107

CONCLUSÃO GERAL..... 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 116

ANEXOS ..... 129

ANEXO A. Questionário sócio-demográfico

ANEXO B. Instrumento de avaliação: Escala de Esperança ou Escala de Futuro

ANEXO C. Contacto por escrito com o Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E (ULSAM, E.P.E), ao qual se anexou o projecto de investigação da presente investigação.

ANEXO D. Autorização da Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E para a realização da investigação

ANEXO E. Consentimento informado para a participação no estudo

ANEXO F. Autorização para a utilização da Escala de Esperança

ANEXO G. Esclarecimentos sobre a investigação facultados aos participantes

ANEXO H. Apresentação dos resultados do estudo quantitativo

ANEXO I. Instrumento de avaliação: Entrevista semi-estruturada

ANEXO J. Procedimentos utilizados na *Grounded Analysis*

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**APA** – American Psychological Association

**cf.** – confere, conforme

**DP** – Desvio-Padrão

**DSM-IV-TR** – Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder IV – Text Review  
ou Manual de Diagnóstico e Estatística de Associação Psiquiátrica Americana

**F** – Teste estatístico paramétrico *One Way Anova*

**gl** – Graus de liberdade

**M** – Média

**N** – Tamanho ou grandeza da população

**n** – Tamanho ou grandeza da amostra

**p** – Nível de significância

**SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**SPSS** – Statistical Package for Social Sciences

**t** – Teste estatístico paramétrico *Independent-Samples T Test*

**ULSAM, E.P.E** – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública  
Empresarial.

**%** - Percentagem

**<** – Inferior a

**>** – Superior a

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1.</b> Características sócio-demográficas da amostra do estudo quantitativo..  | 57 |
| <b>Quadro 2.</b> Esperança dos médicos e enfermeiros de uma unidade oncológica.....  | 63 |
| <b>Quadro 3.</b> Características sócio-demográficas da amostra e dos subgrupos com índices de esperança mais baixos e mais elevados do estudo qualitativo..... | 73 |
| <b>Quadro 4.</b> Domínio da experiência de trabalhar em Oncologia.....   | 84 |
| <b>Quadro 5.</b> Domínio das estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia.....   | 88 |
| <b>Quadro 6.</b> Domínio do construto esperança .....  | 90 |
| <b>Quadro 7.</b> Domínio da esperança como virtude humana na saúde .....   | 93 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Pensamentos de caminho .....                                      | 18 |
| <b>Figura 2.</b> Pensamentos de iniciativa .....                                   | 19 |
| <b>Figura 3.</b> Pensamento de iniciativa vs. obstáculos .....                     | 19 |
| <b>Figura 4.</b> Fluxograma da Teoria de Esperança de Snyder e colaboradores ..... | 21 |

## **INTRODUÇÃO GERAL**

La nuit n'est jamais complète,  
Il y a toujours  
Puisque je le dis, puisque je l'affirme  
Au bout du chagrin  
Une fenêtre ouverte, une fenêtre éclairée.  
(Paul Éluard, 1895-1952, citado por Magão & Leal, 2001b, p. 321)

O ser humano vive sempre à espera de algo. Mas, apesar desta realidade e sabendo-se que a esperança tem uma conotação positiva na vida do ser humano, este construto não detém um número considerável de bibliografia e investigações que possibilitam a compreensão da sua génese. De modo a colmatar esta lacuna e uma vez que se trata de uma característica humana, tem interesse focalizar a presente investigação sobre a esperança, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e enriquecimento do tema.

Assim, a escolha do tema da presente investigação deve-se ao interesse em avaliar a esperança dos profissionais de saúde que trabalham em Oncologia, compreender as suas experiências e vivências, o impacto físico e psicológico que estas causam no seu bem-estar, como também a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde contribui para o exercício da sua profissão e seu bem-estar neste mesmo contexto, uma vez que este acarreta um desgaste emocional significativo. Outros factores justificativos desta escolha são evidenciados pela literatura. São esses mesmos factores que esclarecem as razões pelas quais os autores não debruçam as suas investigações sobre esta temática. Por norma, estes interessam-se mais pelo funcionamento negativo da personalidade e pelas emoções negativas do que pelas emoções positivas do comportamento humano (Yunes, 2003). De acordo com Lourenço (2000, citado por Barros de Oliveira, 2004), torna-se necessário inverter tal tendência, prestando maior atenção às características positivas. Sheldon e King (2001, citado por Yunes, 2003, p. 75) reforçam este facto, realçando que os psicólogos contemporâneos devem adoptar “uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas”.

Perante estes indicadores e “o reconhecimento de que o bom e a excelência existem, são reais e avaliáveis, e merecem a atenção da ciência” (Cameron, Dutton & Quinn, 2003, citado por Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007, p. 115), alguns investigadores defendem a necessidade de saber mais sobre o que caracteriza as pessoas e os sistemas

humanos no seu melhor e como incrementá-lo. Neste sentido, temas como a esperança, o optimismo e o desejo, são hoje objecto de estudo, contribuindo para um novo foco da Psicologia (Park & Peterson, 2007, Snyder & Lopez, 2002, citados por Marujo et al., 2007), sendo na óptica do movimento Psicologia Positiva que se afirma este estudo.

Esta investigação debruça-se sobre uma experiência/emoção positiva, a esperança, sobre as características positivas individuais dos profissionais de saúde que trabalham em Oncologia e, finalmente, sobre uma instituição positiva baseada no potencial e bem-estar humano, o hospital (Csikszentmihalyi, 1990, citado por Marujo et al., 2007), uma vez que a literatura apresenta lacunas neste âmbito, como acima referido. Assim sendo, esta investigação é a tentativa de enunciar concepções que sustentam práticas profissionais, que implicam mediação com o sofrimento e com a angústia que a desordem da doença oncológica e da morte instala. Deste modo, visa-se descobrir os índices de esperança dos profissionais de saúde e compreender as suas experiências e vivências, decorrentes do convívio, dos que vivendo situações limite esperam ainda realizar os seus projectos de vida até à morte. Assim, para dar suporte aos propósitos desta investigação, planeou-se a mesma em dois estudos empíricos, um estudo de natureza quantitativa e um de natureza qualitativa que, além de serem duas perspectivas distintas de olhar a realidade, se complementam e permitem obter uma compreensão mais aprofundada do tema.

A presente investigação está estruturada em duas partes distintas: uma designada de enquadramento teórico e uma outra de estudos empíricos. O enquadramento teórico encontra-se organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo debruça-se de uma forma intuitiva sobre a esperança, como virtude do ser humano, com base na literatura e estudos existentes. Neste capítulo, procura-se explorar a esperança na sua plenitude, através de uma perspectiva histórica, desde os seus primórdios até à actualidade, realçando a sua importância no mundo da saúde. É dado particular ênfase à esperança como objecto de interesse da Psicologia Positiva, expondo este construto sob diferentes ópticas, definindo-o e explicando a teoria de base da presente investigação, a Teoria de Esperança de Snyder e colaboradores. Por fim, destaca-se a influência que a esperança exerce no bem-estar físico e emocional do ser humano. O segundo capítulo incide sobre os profissionais de saúde que prestam cuidados em Oncologia, realizando uma pequena abordagem à prática profissional do médico e do enfermeiro neste mesmo contexto,

assim como à relação que estes criam com o doente e sua família, abordando de modo particular a humanização desta relação, condição que a qualifica. Este mesmo capítulo procura caracterizar o contexto oncológico e o impacto que a doença oncológica acarreta para os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, realçando alguns estudos que identificam factores de risco e de protecção, subjacentes ao acompanhamento profissional neste âmbito.

A segunda parte, estudos empíricos, está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo debruça-se sobre o estudo de natureza quantitativa e o segundo sobre o estudo de natureza qualitativa. Em ambos apresenta-se a conceptualização do estudo, incidindo sobre a sua pertinência, objectivos e metodologia. Procede-se ainda, para cada estudo, à apresentação dos resultados e respectiva discussão dos mesmos. Por fim, o terceiro capítulo procura realçar e articular, de modo sucinto, os resultados obtidos em ambos os estudos, as limitações identificadas aquando da sua realização e interpretação dos dados, como também garantir a pertinência que existe em estudar o construto esperança, como característica humana positiva, sendo essencial dar continuidade a estudos deste cariz.

A conclusão geral encerra este trabalho empírico, perfazendo uma retrospectiva dos tópicos focados ao longo da investigação e onde se reconhece também o interesse pelo desenvolvimento da temática, considerando o seu contributo possível e importante na área de investigação da saúde, especialmente para o bem-estar do ser humano.

## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I**

### **A ESPERANÇA: UMA VIRTUDE DO SER HUMANO**

“A esperança é a paixão do possível” (Kierkegaard, s/d)

“A forma mais alta da esperança é o desespero ultrapassado” (Bernanos, s/d)

“A vida mais forte é a vida com maior quantidade de esperança” (Otakar Brezina, s/d)

## 1. Introdução

O ser humano, no seu dia-a-dia, depara-se e enfrenta um mundo caracterizado na sua globalidade pela violência, pelas injustiças e pelas desumanidades. Viver neste mundo sem sentimentos negativos torna-se difícil. No entanto, o ser humano luta diariamente por uma vida melhor, com incertezas perante o futuro, mas na maioria das vezes, com esperança de breves melhorias.

É neste contexto que se enaltece a importância da esperança na vida do ser humano. Como virtude positiva essencial e própria ao ser humano, ajuda-o a viver e a conviver com as situações com que se depara no seu quotidiano. No entanto, é principalmente em períodos agudos de *stress* e de adaptação às mudanças de vida significativas (Lange, 1982, citado por Pires, 2006), que o ser humano apela à esperança, pois a sua presença potencia-o, motiva-o, fortalece-o e capacita-o para lidar com as suas vivências.

## 2. A esperança: Perspectiva histórica

O mito de Pandora é a mais antiga e conhecida história de esperança (Barros de Oliveira, 2004). Através deste, os gregos procuraram elaborar o conceito de esperança e enaltecer a sua importância (Barros de Oliveira, 2004). Reza o mito que Zeus ficou irado por Prometeu ter roubado o fogo aos deuses, após este o ter retirado aos humanos (Barros de Oliveira, 2004; Pritsch, 2007). Zeus, querendo vingar-se, enviou Pandora à terra com um jarro cheio de males. Zeus proibiu-a de o abrir, mas a detentora de todos os dons, estimulada pela sua curiosidade, acabou por destapá-lo, apesar dos avisos para que não o fizesse. Do interior do jarro saíram todos os infortúnios, espalhando-se e atormentando a humanidade quer nos seus próprios corpos quer nos seus espíritos. Somente uma criatura restou no jarro quando Pandora o fechou de novo, a esperança (Barros de Oliveira, 2004; Pritsch, 2007), que vai tornando a vida suportável através de contínuos planos e objectivos. Assim, o mito de Pandora exalta a esperança, mas sendo

Pandora detentora de todos os dons, esta pode ser entendida como uma bênção ou como uma maldição (Barros de Oliveira, 2004).

É igualmente a um grego, ao filósofo Platão, a quem muitos autores atribuem a honra de o considerar o primeiro grande pensador a escrever sobre a esperança, descrevendo-a como algo divino (Canova, 1989, citado por Barros de Oliveira, 2004). Rojas (1988, citado por Barros de Oliveira, 2004) contrariou este facto, ao afirmar que os gregos não estudaram a esperança, este louvor deve ser atribuído aos filósofos e teólogos cristãos, na medida em que esta é definida na Bíblia como “garantia das coisas esperadas”, relacionando-se assim com a fé (Heb 11, 1, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 114).

Inúmeros outros filósofos e teólogos se debruçaram sobre a esperança. Assim, Lutero no século XV afirmou que “A esperança está presente em toda a parte e tudo o que se faz no mundo é feito em nome da esperança: nenhum agricultor semearia um só grão de trigo sem a esperança de abundante colheita” (Canova, 1989, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 113). Descartes, no século XVII, descreve a esperança como uma perspectiva de conquistar um bem com probabilidade de obtê-lo (Snyder, 2000).

No século XX, Ernst Bloch considerava a esperança como um “transcender sem transcendência”, mas também realçava o facto de “onde há esperança há sempre religião” (Barros de Oliveira, 2004, p. 113). Os filósofos existencialistas, como Marcel, Heidegger e Sartre, facultaram particular atenção à esperança, considerando-a fundamental para a existência humana, “sob pena de se cair no pessimismo e no desespero” (Barros de Oliveira, 2004, p. 114). Já, Sófocles, dramaturgo grego e contemporâneo de Platão, nos seus escritos também se apoiava na esperança para emergir do desespero; embora também considerasse que poderia ser sinónimo de fraqueza e, por conseguinte, dar continuidade ao sofrimento humano (Snyder, 2000).

De facto, a esperança, ao longo dos séculos, nem sempre foi defendida como algo positivo e realista. No século XIX, surge uma ruptura através de Karl Marx e outros marxistas ao abordarem a esperança com um significado intramundano, procurando a igualdade utópica de classes (Snyder, 2000). Na mesma altura, o filósofo Nietzsche também estudou a esperança em tons trágicos. No entanto, até ao presente, talvez o mais

sucinto cinismo sobre esperança tenha sido prestado por Shakespeare, no século XVI, ao escrever “And so by hoping more they have but lesse” (Snyder, 2000, p. 4).

A partir de 1950, a esperança estabeleceu-se formalmente como objecto de estudo, sendo alvo de diversas abordagens científicas por parte de psiquiatras e psicólogos, que definiram a esperança como “positive expectations for goal attainment” (Frank, 1968, citado por Snyder, 2000, p. 4). Apesar dos estudos promissores, a comunidade científica da época permaneceu bastante céptica em relação a este construto (Snyder, 2000).

No entanto, em meados de 1970, houve um aumento súbito de investigações na área da saúde, relacionadas com *stress*, *coping* e doença. Estas investigações revelaram que pensamentos e sentimentos negativos se associavam a uma lenta e débil recuperação médica (Cohen, 1979, Cohen & Lazarus, 1979, Cousins, 1976, Franck, 1975, Simonton et al., 1978, citados por Snyder, 2000). Neste sentido, alguns investigadores realçaram a importância de estudar processos positivos, tal como a esperança, de modo a contrariar a realidade existente até então. Foi durante este período e através destas investigações que a Psicologia da Saúde começa a florescer, promovendo ainda um maior interesse pelo construto esperança (Snyder, 2000), na medida em que este movimento científico da Psicologia busca “conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia com vista à promoção e protecção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política da saúde” (Matarazzo, 1980, 1982, citados por Pais Ribeiro, 2005, p. 34).

Nesta sequência, os anos de 1970 e 1980 marcaram um período em que muitos investigadores de variadas disciplinas desenvolveram teorias sobre a esperança (Snyder, 2000). Porém, é de salientar que as primeiras caracterizam-se como individualistas, uma vez que os investigadores não tinham conhecimento mútuo dos trabalhos existentes ou em curso, assim como nenhuma teoria foi pesquisada ao longo de vários anos (Snyder, 2000). Este facto permitiu manter o cepticismo existente relativo à esperança e ao seu valor (Snyder, 2000).

É com fundamento nestes parâmetros que surge o interesse pela esperança e a necessidade de enaltecê-la pela sua importância na vida do ser humano, na medida em que “às várias definições de homem ... pode acrescentar-se esta: ser que espera ou ser que vive da esperança” (Zavalloni, 1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 111).

### **3. A esperança como objecto de interesse da Psicologia Positiva**

A esperança é uma das principais emoções positivas do ser humano e, juntamente com a felicidade, o optimismo, a sabedoria, o bem-estar, a alegria, o amor, o perdão, entre outras características positivas da personalidade, constitui o construto e objecto de estudo de um novo movimento científico da Psicologia, intitulado Psicologia Positiva (Passareli & Silva, 2007; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Snyder & Lopez, 2002).

A Psicologia Positiva teve início em 1998, quando o psicólogo Seligman, ao assumir a presidência da *American Psychological Association* (APA), defendeu que a ciência psicológica negligenciava o estudo dos aspectos virtuosos da natureza humana (Paludo & Koller, 2007; Pérez-Ramos, 2006; Seligman et al., 2005). Segundo alguns autores, torna-se necessário inverter tal tendência, prestando maior atenção aos aspectos positivos que os seres humanos possuem (Lourenço, 2000, citado por Barros de Oliveira, 2004; Fredrickson, 2003, citado por Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha, 2007; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, citado por Paludo & Koller, 2007). Até esta altura, a Psicologia era incapaz de oferecer ferramentas para ajudar os indivíduos a prosperarem e a florescerem (Paludo & Koller, 2007). De modo a colmatar a lacuna existente, Seligman advogou que a Psicologia deveria possibilitar muito mais do que apenas reparar o que está errado, devendo identificar e fortalecer o que está bom (Paludo & Koller, 2007), propiciando “uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas” (Sheldon & King, 2001, citado por Yunes, 2003, p. 75).

Desde então, a Psicologia Positiva está em pleno processo de expansão dentro da ciência psicológica (Bianchini & Dell’Aglia, 2006); embora seja referenciado que esta mudança de perspectiva não é exclusiva da Psicologia Positiva, nem se trata de algo

novo ou diferente na ciência psicológica, apenas resgata aspectos que, até então, eram considerados secundários (Paludo & Koller, 2007).

Este movimento tem produzido grandes implicações e avanços científicos, sendo a independência do modelo tradicional patológico um dos passos mais importantes nessa promoção (Snyder & Lopez, 2002). De facto, através da Psicologia Positiva pretende-se a reavaliação das potencialidades e virtudes humanas por meio do estudo das condições e processos que contribuem para a prosperidade (Paludo & Koller, 2007), uma vez que “pretende contribuir com o florescimento<sup>1</sup> e o funcionamento saudável das pessoas, grupos e instituições preocupando-se em fortalecer competências ao invés de corrigir deficiências” (Paludo & Koller, s/d, p. 57).

Neste contexto, vários autores direccionaram as suas investigações para a Psicologia Positiva, sendo a esperança um dos principais construtos contemplados para estudo nesta área, pela importância e pelo título que lhe é atribuído – uma virtude necessária para que o homem possa viver com dignidade ou ao menos sobreviver (Groopman, 2004); testemunhando, assim, ter várias implicações na vida do ser humano (Martinez et al., 2007), uma vez que é um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a experiência e a vivência de emoções negativas perante a adversidade, ao assumir-se como indicador de bem-estar do ser humano (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques, Marques, Pais Ribeiro & Lopez, 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002).

O rótulo concedido à esperança justifica, sem dúvida, o interesse e a dedicação da Psicologia Positiva por este construto, uma vez que os objectivos de ambos coligam entre si positivamente. Na realidade, os conteúdos conceptuais e metodológicos da Psicologia Positiva e da esperança perspectivam um posicionamento equitativo e futurista, no sentido de potenciar o bem-estar e a qualidade de vida do ser humano. É

---

<sup>1</sup> O florescimento (*flourishing*) é uma condição que permite o desenvolvimento pleno, saudável e positivo dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos seres humanos; consiste num estado em que os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um óptimo funcionamento emocional e social e, não possuem problemas relacionados com a saúde mental (Keyes & Haidt, 2003, citado por Paludo & Koller, 2007).

neste âmbito, que este movimento da ciência psicológica procura florescer e prosperar a vida dos seres humanos, através das suas próprias qualidades, podendo ser a esperança uma delas.

Com o decorrer dos anos, o interesse pelo construto esperança, como acima citado, intensificou-se, sendo alvo de diversas investigações na área da Psicologia Clínica e da Saúde, incidindo principalmente sobre a esperança em pessoas com cancro, com SIDA e com outras doenças graves (Barros de Oliveira, 2004), mas também na Psicologia Educacional (Chang, 1998, Worrell & Hale, 2001, citados por Barros de Oliveira, 2004), o que demonstra e fundamenta a pertinência e importância de estudar e valorizar as virtudes humanas pelas suas diversas implicações na vida quotidiana do ser humano.

#### **4. Definição da esperança**

A esperança, como virtude humana, possui uma conotação positiva que a enaltece e transmite o seu valor na vida do ser humano. De facto, a esperança é uma experiência humana complexa e universal, inerente à condição humana, caracterizando-se, assim, como uma potencialidade essencial e própria ao ser humano (Lange, 1982, citado por Pires, 2006), tendo múltiplas implicações nas mais diversificadas áreas.

Neste sentido, a esperança, além de uma dimensão antropológica, filosófica e psicológica, tem inevitáveis dimensões e implicações sociais (Barros de Oliveira, 2004; Pires, 2006). Em consequência deste facto, são vários os autores, originários de diversas áreas, que se debruçaram e dedicaram à temática da esperança. Facto que se verifica desde os primeiros escritos sobre a esperança, na medida em que os respectivos autores tinham ocupações díspares. Consta-se esta realidade através da retrospectiva elaborada sobre o construto esperança, que indica que, desde os primórdios da Terra, filósofos, teólogos, escritores e, posteriormente, investigadores e autores da área da saúde, principalmente psiquiatras e psicólogos, empenharam-se e dedicaram-se a esta área.

Deste modo, importa destacar e reflectir sobre as diversas definições atribuídas à esperança, fruto dos diversos trabalhos que se dedicaram somente à esperança ou

introduziram este construto junto de outras temáticas pela sua importância e pela influência que exerce no ser humano.

Autores como Garaudy salvaguardam que “não é possível viver na comunidade sem um mínimo de esperança” (Zavalloni, 1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 116), na medida em que uma das coisas mais importantes do Homem, senão a mais importante, é encontrar sentido para a vida e para a morte, sendo que “isto significa ter esperança”, segundo Barros de Oliveira (2004, p. 115). Já Zavalloni (1991, citado por Barros de oliveira, 2004) coliga e descreve a esperança como sendo na realidade o “grande motor da acção e do viver”. Linch (s/d, citado por Polleti, 1980, p. 125) reforça esta ideia ao referir que a esperança “imagina o que ainda não foi visto, encontra uma saída para as dificuldades e mantém a visão das coisas novas”. Para este autor, a esperança é algo que permite à pessoa acreditar que a sua realidade pode alterar-se e encontrar uma solução para os seus problemas e dúvidas (Sousa & Rodrigues, 2008).

Como anteriormente referenciado, os psicólogos e psicanalistas também versaram sobre esta temática, facultando-lhe uma preponderante relevância. Assim, Erich Fromm foi dos primeiros psicanalistas a reflectir sobre a esperança, escrevendo em 1978 um livro que intitulou de “A revolução da esperança” (Barros de Oliveira, 2004). Erik Erikson, um psiquiatra alemão, que revolucionou a Psicologia ao criar a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial e ao tornar-se um dos teóricos da Psicologia do Desenvolvimento (Papalia & Olds, 1998, 2000), considerava a esperança como a primeira e a mais indispensável característica positiva intrínseca à condição humana (Barros de Oliveira, 2004).

Viktor Frankl, médico e filósofo, especializado em Neurologia e Psiquiatria e fundador da escola da Logoterapia, que cultiva o sentido existencial do indivíduo e a dimensão espiritual da existência (Fernandes da Fonseca, 2004), praticava a esperança nas suas consultas, como tentativa de curar dando sentido ou razão à vida, alicerce deste saber (Frankl, 1975, 1983 citados por Barros de Oliveira, 2004).

Outros autores definiram e formularam as suas próprias teorias sobre a esperança. Scotland (1969, citado por Magão & Leal, 2001a) foi dos primeiros autores a realçar a

esperança como uma expectativa de atingir os objectivos no futuro e como uma força motivacional orientada para a acção relacionada com um sentido de possível nesse futuro, destacando a dimensão sóciocognitiva (Scotland, 1969, citado por Barros de Oliveira, 2004). Seguiu-se uma outra abordagem que compreende a esperança enquanto conceito multidimensional, enfatizando o comportamento, a cognição, os afectos, a relação, o tempo e o contexto. Assim, Dufault e Martocchio (1985, citado por Magão e Leal, 2001a, p. 4) definiram-na como “uma força de vida multidimensional e dinâmica caracterizada por uma expectativa confiante contudo incerta, de atingir um objectivo pessoalmente significativo” e distinguiram dois tipos fundamentais de esperança: a esperança generalizada e a esperança particularizada. A primeira veicula um sentido de alguns desenvolvimentos benéficos futuros, mas que não está ligada a um objectivo concreto particular. Em contrapartida, a segunda está relacionada com um resultado específico valorizado.

Averill, Catlin e Chon (1990, citado por Barros de Oliveira, 2004) sugerem a esperança numa base social ou ecológica, referindo que se trata de uma emoção governada por regras cognitivas, justificada quando os objectivos são importantes, sob controlo do sujeito e socialmente aceitáveis. Estas teorias, entre outras existentes em torno da esperança, defendem este construto, assinalando-o com uma conotação mais afectivo-motivacional, racional e credível, comparativamente com outros construtos, que, por vezes, são subentendidos como sinónimos, tal como o optimismo e o desejo (Barros de Oliveira, 2004).

Numa elaboração da teoria de Scotland (Magão & Leal, 2004b), Snyder, Irving e Anderson (1995, citado por Snyder, 2000, p. 8), definem a esperança como “a positive motivational state that is based on an interactively derived sense of successful agency (goal-directed energy) and pathways (planning to meet goals)”. Pode-se considerar *agency* como a capacidade de percepção individual para iniciar ou manter as acções necessárias ao alcance de objectivos. Por seu lado, *pathways* refere-se a uma aptidão necessária para gerar caminhos que permitam alcançar os objectivos (Snyder et al. 2002, citado por Martinez et al., 2007). Snyder (1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 119) acrescenta ainda que a esperança é definida como “uma energia cognitiva e

percursos para os objectivos” e com “the perception that one can reach desired goals” (Snyder, Rand & Sigmon, 2002, p. 257).

Neste sentido, salvaguarda-se que o presente trabalho teórico-empírico interpreta a esperança tal como é definida por Snyder e colaboradores. Porém, é de destacar que, de uma forma sucinta, todas as definições de esperança têm em comum a expectativa de um bem que está para vir, de uma percepção de um estado futuro em que se alcançará uma meta desejada (Sancho, 2000, citado por Pereira, 2004b).

#### **4.1. A esperança vs. outras dimensões positivas**

Outras dimensões positivas como o optimismo, o desejo e a auto-eficácia são, por vezes, interpretadas e confundidas com a esperança (Barros de Oliveira, 2004; Snyder, 2000; Snyder & Lopez, 2002). Porém, após ter-se conhecimento das definições e respectivas teorias e através de uma hermenêutica, observa-se de facto alguns factores em comum, mas apontam-se também diferenças, que permitem uma análise e interpretação individual desses mesmos construtos. Neste sentido, torna-se relevante distinguir os construtos entre si.

O optimismo, que até à actualidade é o construto positivo mais estudado em Psicologia, pode ser entendido como uma expressão ou manifestação da esperança (Barros de Oliveira, 2004). De acordo com Snyder (1995, citado por Martinez et al., 2007), uma pessoa optimista pode sentir que as coisas lhe vão correr bem, mas para isso não tem que ter um plano ou um objectivo em mente, tal como acontece na esperança. Esta última inclui o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas de os alcançar, e motivar-se para tal (Snyder, 2000, citado por Martinez et al., 2007). Assim, consiste numa expectativa quanto ao futuro, mais ou menos justificada por um acontecimento agradável ou favorável (Barros de Oliveira, 2004). Na verdade, o optimismo é análogo à esperança, embora esta última seja mais ampla e talvez com uma conotação mais afectivo-motivacional, enquanto que no optimismo prevalece a dimensão cognitiva (Barros de Oliveira, 2004).

Canova (1989, citado por Barros de Oliveira, 2004), um escritor francês, ressaltou três distinções entre optimismo e esperança. Segundo este autor, o optimismo reflecte as situações ambientais e as meteorológicas. É mais visceral, relacionando-se muito com o humor e, finalmente, tende a dar uma visão positiva de tudo. O mesmo autor realçou que “o optimismo é um substituto da esperança podendo encontrar-se em qualquer lugar, mesmo no fundo de uma garrafa; ao contrário, a esperança deve conquistar-se e chega-se a ela através de grandes esforços e grande paciência” (Canova, 1989, citado por Barros de Oliveira, 2004, p. 120).

O desejo, outra dimensão por vezes entendida como esperança, é explicado por Canova (1989, citado por Barros de Oliveira, 2004) como uma parte essencial da esperança, embora esta não se reduza somente ao desejo. Assim, de modo a justificar a sua opinião, o autor aponta três diferenças: o desejo pode ter como objecto qualquer coisa, enquanto que a esperança só busca o possível, independentemente de, por vezes, ser incerto o seu alcance; enquanto que o desejo quer tudo no imediato, a esperança sabe esperar até atingir um objectivo; e, por fim, o desejo é bastante instintivo e egocêntrico, enquanto que a esperança é mais racional, apesar de, por vezes, também se tornar irracional (e.g., um doente terminal apoia-se na esperança como “tábua de salvação”).

Um outro construto muito próximo é o sentido de eficácia pessoal e de resultado de Bandura (Snyder, 2000; Snyder & Lopez, 2002). A expectativa de eficácia pessoal relaciona-se sobretudo com a iniciativa (*agency*) e a expectativa de resultado com os caminhos (*pathways*) (Barros de Oliveira, 2004), tendo em conta que é uma expectativa ou crença de controlo dos reforços e dos acontecimentos (Barros, Barros & Neto, 1993).

## **5. A esperança: A teoria de Snyder e colaboradores**

Snyder, certamente o autor que mais tem estudado a esperança (Barros de Oliveira, 2004), tem vindo a demonstrar o seu árduo trabalho na área, editando dois manuais, um deles inteiramente dedicado ao construto, “Handbook of hope” (Snyder, 2000) e um outro, co-editado com Lopez (2002) que se debruça sobre Psicologia Positiva e sobre processos positivos, nomeadamente a esperança. Assim, torna-se de extrema pertinência abordar e incidir sobre a definição facultada por Snyder e colaboradores (1991, citado

por Snyder, 2000), uma vez que, desde o seu surgimento, tem sido sobre esta, que as investigações se têm alicerçado. Neste âmbito, torna-se relevante realçar novamente a definição que Snyder e colaboradores atribuíram à esperança. Estes autores (1991, citado por Martinez et al., 2007, p. 37) preconizam o construto esperança enquanto “estado motivacional positivo baseado numa interacção que resulta num sentimento de sucesso e respectiva energia motivacional orientada para os objectivos (*agency*) e no planeamento necessário à consecução desses mesmos objectivos (*pathways*)”.

Após terem definido o construto esperança de uma forma mais específica, Snyder e colaboradores procuraram analisar e compreender a trilogia que compõe o construto: objectivos, caminhos e iniciativa, partindo dos relatos e pensamentos dos investigados (Lopez et al., 2004; Snyder, 2000). Neste sentido, a investigação recorreu à entrevista de modo a obter os dados necessários para análise e compreensão da esperança (Lopez et al., 2004; Snyder, 2000). Sendo esta trilogia essencial para a compreensão da esperança, importa salientar as conclusões desta investigação, descrevendo cada componente da esperança.

**Objectivos.** Os investigadores concluíram, através dos relatos dos investigados, que, em qualquer tarefa que estes últimos efectuam, procuram sempre alcançar um objectivo (Snyder, 2000; Snyder et al., 2002). Apesar do cepticismo que emergiu aquando da realização das primeiras investigação sobre a esperança, as conclusões datadas da época revelam-se firmes e duradouras, na medida em que Samuel Coleridge (1912, citado por Snyder, 2000, p. 9), num dos seus trabalhos escreveu, que “Sem esperança um objecto não pode viver”. Embora os mais cépticos realçassem que a esperança era um construto vago e que lhe faltava uma âncora, actualmente salvaguarda-se o facto dos objectivos provirem das sequências da acção mental, isto é, do processamento cognitivo, sendo este reconhecimento que representa a âncora da teoria da esperança (Snyder, 1994, citado por Snyder, 2000; Snyder, Cheavens & Sympson, 1997, citado por Snyder, 2000; Snyder et al., 2002).

De acordo com os entrevistados, os objectivos precisam de ser suficientemente valorizados pelos próprios, para que estes ocupem os seus pensamentos (Averill, Catlin & Chon, 1990, citado por Snyder, 2000; Snyder et al., 2002), sendo que estes possuem

caracteristicamente alguma incerteza. De facto, a reprodução do alcance dos objectivos através de um traço contínuo, teria num dos seus extremos a “certeza absoluta” (100% de probabilidade de realização) e no outro, a “incerteza absoluta” (0% de probabilidade de realização). Se os objectivos se situarem neste último extremo, a sua concretização é verdadeiramente insustentável, uma vez que, por norma, estes são contraproducentes, ao invés de serem úteis (Averill et al., 1990, citado por Snyder, 2000). A investigação corrobora ainda que as pessoas percebem a esperança como um florescer sob as condições do objectivo e sob a probabilidade intermediária de o alcançar (Snyder, 2000). Isto significa que o ser humano efectua uma auto-análise sobre a capacidade e probabilidade de alcançar o seu objectivo, ao longo do caminho (Averill et al., 1990, citado por Snyder, 2000).

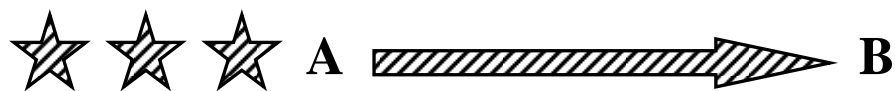
**Pensamentos de caminho (*Pathways thoughts*).** O caminho escolhido para alcançar os objectivos pretendidos é essencial para o sucesso. De facto, a Psicologia Cognitiva argumenta que o objectivo do cérebro é compreender e antecipar a razão das sequências (e.g., A → B) (Craig, 1943, citado por Snyder, 2000; Pinker, 1997, citado por Snyder, 2000). Esta representação mental (cf. Figura 1) explica-se através da capacidade que o indivíduo (A) possui para planear e produzir um caminho (→) para atingir um objectivo (B) (Snyder, 2000).



**Figura 1. Pensamentos de caminho.** O indivíduo (A) percepção-se capaz de produzir um caminho (→), e de executá-lo até alcançar o objectivo desejado (B) (Adaptado de Snyder, 2000).

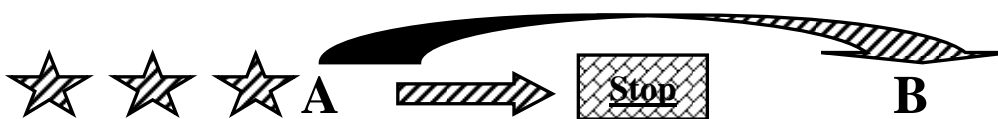
**Pensamentos de iniciativa (*Agency thoughts*).** A iniciativa caracteriza-se por ser o elemento motivacional que despoleta e permite aos indivíduos imaginarem os caminhos necessários para alcançar os objectivos (cf. Figura 2). A iniciativa reflecte-se, assim, na percepção que os indivíduos têm aquando da iniciação do movimento que imaginaram para percorrer o caminho até ao objectivo. A iniciativa também pode reflectir a capacidade de apreciação e perseverança do indivíduo ao longo do caminho até atingir o objectivo. Assim sendo, conclui-se que o objectivo e o caminho se encontram

correlacionados, uma vez que interagem reciprocamente e estão continuamente presentes; no entanto, de igual modo que se reforçam também podem afectar-se (Snyder, 2000; Snyder & Lopez, 2002).



**Figura 2. Pensamentos de iniciativa.** O indivíduo (A) percepciona-se motivado (★★★) para alcançar um objectivo pretendido (B), assim como para produzir e prosseguir o caminho necessário para o atingir (Adaptado de Snyder, 2000).

Porém, a vida, muitas vezes, não permite às pessoas alcançarem os seus objectivos e, assim, concretizarem os seus desejos, tendo em conta que podem emergir bloqueios durante o caminho até ao objectivo. De acordo com esta teoria, nestas situações a maioria das pessoas, apesar de produzirem somente um caminho, vendo este último bloqueado, rapidamente percebem que são capazes de pensar em itinerários alternativos, através dos quais podem alcançar o objectivo. Esta capacidade de pensar em múltiplos caminhos está reservada às pessoas com alta esperança (Snyder, 1994, citado por Snyder, 2000). Aquando do surgimento de um obstáculo, o indivíduo deve apelar a um reservatório de pensamento, no qual deve constar um caminho alternativo. O mesmo deve ocorrer no que respeita a motivação, sobretudo quando os obstáculos surgem no início do caminho, de modo a canalizá-la para este último (cf. Figura 3) (Snyder, 2000).



**Figura 3. Pensamentos de iniciativa vs. obstáculos.** O indivíduo (A), após se deparar com um obstáculo até ao objectivo (B), percebendo que tem motivação (★★★), opta por um novo, isto é, por um itinerário alternativo (Adaptado de Snyder, 2000).

Comparativamente com outros modelos que abordam a esperança realçando a sua componente afectiva, a presente teoria oferece grande importância ao pensamento, tendo em conta que é através deste que o indivíduo origina o caminho para alcançar um objectivo (Farran et al., 1995, citado por Snyder, 2000). Deste modo, as emoções são consideradas subprodutos do pensamento, concluindo-se, assim, uma relação fusional

entre ambos, na medida em que estudos revelam que as emoções positivas se associam ao sucesso e alcance dos objectivos, enquanto que às emoções negativas subjazem as falhas (Farran et al., 1995, citado por Snyder, 2000). Outros modelos similares sobre as emoções têm vindo a ser exibidos em diversos trabalhos teórico-empíricos (Diener, 1994, citado por Snyder, 2000; Omodei & Wearing, 1990, citado por Snyder, 2000).

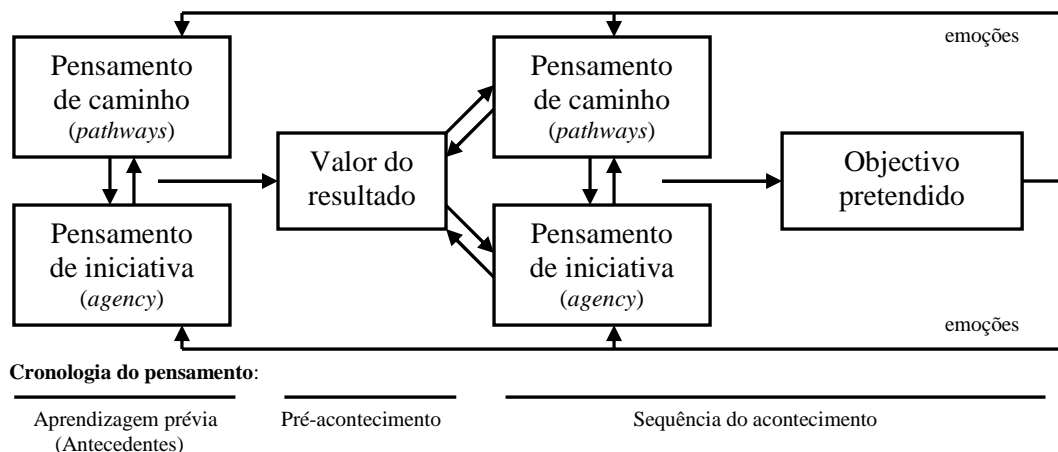
De acordo com esta teoria, o simples facto de delinear objectivos deveria produzir no indivíduo emoções positivas, enquanto que o surgimento de bloqueios pode, por si só, gerar sentimentos negativos (Snyder et al., 1996, citado por Snyder, 2000). Outras investigações revelaram igualmente que dificuldades durante a execução do caminho para objectivos percebidos importantes pelos indivíduos podem interferir no bem-estar destes (Diener, 1984, citado por Snyder, 2000; Omodei & Wearing, 1990, citado por Snyder, 2000); situação semelhante pode ocorrer em caminhos futuros (Burnstein, 1993, citado por Snyder, 2000).

Apesar dos bloqueios poderem causarem reacções emocionais negativas, as reacções variam consoante os indivíduos afectados, ou seja, indivíduos com alta esperança reagem de modo diferente comparativamente com indivíduos com baixa esperança (Snyder, 2000). Segundo Snyder (1994, citado por Snyder, 2000), a justificação para esta situação é que, as pessoas com alta esperança, quando deparadas com obstáculos, têm maior facilidade em pensar e criar novos caminhos e activá-los. Como tal, pensar com esperança não só facilita o sucesso para alcançar o objectivo, mas torna-se também especialmente útil face aos obstáculos que por eventualidade possam surgir (Snyder, 2000; Snyder et al., 2002).

Segundo Snyder (2000), torna-se pertinente mostrar e explicar a teoria da esperança através de um fluxograma (cf. Figura 4). Assim, ao longo do tempo, pode-se constatar a progressão do pensamento do indivíduo, sendo que esta progressão ocorre desde o seu nascimento até à sua idade actual. Na extremidade esquerda, verifica-se a presença da etiologia dos caminhos e da iniciativa, sendo que os autores defendem a presença de uma correlação entre estes últimos e o tempo. Estes dois elementos permitem uma auto-valorização, aquando do alcance dos objectivos. De facto, o próprio desenvolvimento do indivíduo permite-lhe entender a organização dos acontecimentos, ou seja, o processo

de causalidade das situações, uma vez que estes não estão somente dependentes do decorrer do tempo, de acções empreendedoras (*agency* e *pathways*), mas também do valor do resultado (Snyder, 2000).

Esta situação deve ser alvo de particular atenção, na medida em que influencia fortemente o indivíduo, principalmente no que respeita a emprender novos caminhos e iniciativas com vista a novos desafios. Esta coloca e enaltece o indivíduo, motivando-o para o pensamento, também denominado de processamento cognitivo, tendo em conta que este determina todo este processo (Snyder, 2000). Esta reflexão, como mostrado no fluxograma, pode influenciar a percepção do resultado. O indivíduo, durante o processo, deverá pensar sobre os caminhos e a iniciativa que desempenha, representantes da esperança, de modo a analisar a probabilidade de alcançar o objectivo pretendido. Através de uma auto-reflexão, o indivíduo obtém *feedback* constante acerca do seu desempenho. Conclui-se assim, que a teoria da esperança é um sistema de pensamento inter-relacionado porque existe a possibilidade de decompor este último em pensamento de caminhos e pensamento de iniciativa (Snyder, 2000; Snyder et al., 2002).



**Figura 4. Fluxograma da teoria da esperança** que sustenta o pré e pós-etapas que envolvem o pensamento de caminho e de iniciativa até alcançar o objectivo pretendido (Adaptado de Snyder & Lopez, 2002)

Em suma, a esperança inclui o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, esperança significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas de os alcançar e motivar-se para tal (Snyder, 2000, citado por Martinez, et al., 2007); destacando-se, assim, a existência de dois factores – *pathways* e *agency* (Snyder, 2000).

Neste mesmo contexto, Snyder e colaboradores (1996, citado por Martinez et al., 2007) realçam que a esperança apresenta dois vectores: *willpower* (ser capaz de alcançar determinados objectivos) e *waypower* (ser capaz de formular planos eficazes para os alcançar); ambos relacionados com expectativas positivas de conquistar bons resultados. Perante isto, a esperança deve ser entendida como um sistema cognitivo, emocional (Martinez et al., 2007) e motivacional. Salvaguarda-se ainda que a esperança é uma característica de cariz disposicional e não se descreve como estanque, mas sim como algo que pode mudar ao longo do tempo (Lopez et al., 2004).

## 6. A esperança e a saúde

Menninger (1959, citado por Magão & Leal, 2001a) desafiou a comunidade médica ao considerar a esperança não apenas como um sentimento individualizado e subjectivo, mas como um conceito útil e um componente essencial da prática clínica. Desde então, os profissionais de saúde têm vindo a reconhecer a importância da esperança no seu trabalho e, reciprocamente, doentes têm-na identificado como uma força valorizada de promoção de vida, que pode ser fortalecida através da sua relação com quem presta os cuidados de saúde. De facto, a esperança, sendo uma experiência inerente à condição humana, por norma, é evocada com maior intensidade pelo ser humano em períodos agudos de *stress* e de adaptação às mudanças de vida significativas (Lange, 1982, citado por Pires, 2006).

Algumas investigações comprovam que a esperança tem um potencial intencionado para a terapêutica, baseando e justificando esta posição na expectativa de cura (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a), tornando-se, assim, essencial à mobilização de forças para o restabelecimento da saúde (Lange, 1982, citado por Pires, 2006), a nível físico, psicológico e social (Sousa & Rodrigues, 2008), uma vez que é um preditor importante de saúde e qualidade de vida (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2008). Este reconhecimento levou a que no contexto hospitalar haja uma constante referência à esperança em situações de doença crónica, de deficiência e de doença terminal, em que, de um lado, estão realidades inflexíveis da limitação e da dependência e, do outro, estão as energias e talentos que as pessoas descobrem dentro de si próprias (Barnard, 1995, citado por Pires, 2006). De facto, vários investigadores

defendem que a esperança pode afectar o processo de recuperação, o futuro da doença e o bem-estar dos profissionais de saúde (Groopman, 2004; Lazure, 1996; Pires, 2006). De acordo com Diener (1996, citado por Giacomini, 2004), definir bem-estar é difícil na medida em que pode ser influenciado por diversas variáveis (e.g., idade, género, nível socioeconómico). No entanto, este autor esclarece, em sentido lato, que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida, frequentemente afectos positivos e relativa ausência de afectos negativos.

Seligman (2002, citado por Paludo & Koller, 2007) também reconhece o valor da esperança durante o processo de convalescência, para além da prestação de cuidados de saúde. Este autor considera a esperança uma virtude e força pessoal com predomínio na prevenção da doença. Por prevenção da doença entenda-se todas as acções específicas que são implementadas, consoante a fase da doença, com vista a evitar ou reduzir o impacto desta na pessoa (Pais Ribeiro, 2005). De facto, elevados valores de esperança parecem estar associados a um decréscimo de propensão para desenvolver doenças (Elliot, Witty, Herrick & Hoffman, 1991, citado por Martinez et al., 2007; Richman et al., 2005, citado por Martinez et al., 2007). Assim sendo, os profissionais de saúde têm sempre de considerar a promoção da esperança quando praticam a ciência de cuidar, pelo facto deste processo se pronunciar uma actividade crucial (Holt, 2001, citado por Magão & Leal, 2001b) e inacabada (Pires, 2006) na área da saúde. Este processo baseia-se na relação cuidar-ajuda-esperança (Benner, 1984, citado por Magão & Leal, 2001b), visto estas três dimensões serem inseparáveis neste contexto (Jevne, 1991, citado por Magão & Leal, 2001b).

Neste âmbito, muitos autores estão cientes que a expectativa de curar, é uma característica extremamente positiva durante o restabelecimento. Assim, a esperança tem vindo a ser estudada na tentativa de recuperação de toxicodependentes, alcoólicos, fumadores, entre outras áreas (Barros de Oliveira, 2004), sendo que Polivy e Herman (2000, citado por Barros de Oliveira, 2004) salientam a presença do “síndrome de falsa esperança” nestas populações. Estes referem que os viciados persistem em esforços no sentido de vencer a dependência, tendo por vezes recaídas, mas nunca deixando de tentar de novo. Este síndrome é justificado como positivo, apesar dos resultados inúteis, uma vez que consideram que é preferível viver de falsas esperanças ou de expectativas

irrealistas do que não ter esperança. Snyder e colaboradores reforçam as conclusões deste estudo ao ressaltar que as falsas esperanças não são sinónimo de pura ilusão.

Voitkane, Mieziute e Vanags (2006) procuraram estudar a existência de uma relação entre a esperança e a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e a depressão em estudantes universitários que frequentam o primeiro ano. Os autores concluíram que existe uma correlação positiva entre o nível de esperança e a satisfação com a vida. A mesma situação se verificou em relação ao nível de esperança e percepção de bem-estar psicológico. Em contrapartida, esta investigação indicou uma correlação negativa entre a esperança e a depressão. Marques e colaboradores (2008) também concluíram que a esperança e a satisfação com a vida são significativamente menores em crianças e adolescentes expostos a violência interparental comparativamente a crianças e adolescentes da comunidade em geral. Estes resultados reforçam conclusões de pesquisas anteriores, isto é, que a esperança está intimamente associada à saúde (Snyder et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007).

Martinez e colaboradores (2007) comprovaram os resultados obtidos por Voitkane, Mieziute e Vanags (2006) no que concerne a depressão. Estes autores averiguaram que a depressão e a ansiedade se encontravam negativamente correlacionadas com a virtude esperança. Estes resultados possibilitaram ainda concluir que o presentismo, conceito utilizado para explicar o facto das pessoas estarem presentes no local de trabalho mas, devido a problemas de ordem física ou psicológica, não conseguirem cumprir a totalidade das suas funções, correlaciona-se negativamente com a esperança. Isto deve-se ao facto da depressão e a ansiedade surgirem fortemente associadas a este fenómeno, sendo estas as causas com maior índice neste domínio. Esta evidência é suportada pela literatura ao mencionar que, a prevalência de causas psicológicas de presentismo está associada com valores de esperança reduzidos (Martinez et al., 2007).

Em situações de *stress*, além das apreciações pessoais, reconhece-se que os traços psicológicos do indivíduo constituem uma fonte de variação importante na percepção dessas situações. Diversas características da personalidade se associam positivamente à resiliência, nomeadamente a esperança (Lazarus, 1993, citado por Pais Ribeiro, 2006).

Canon (2003, citado Bianchini & Dell'Aglio, 2006) investigou as implicações do imaginário dos doentes no processo de hospitalização e apurou que este é mais agravado pelas ideias pré-concebidas do indivíduo do que pela experiência em si. Verificou ainda que baixos níveis de esperança, auto-confiança e vontade de vencer estão positivamente correlacionados com um maior grau de prejuízo para o doente. Outras investigações indicam resultados análogos alusivos à falta de esperança perante diagnóstico nefastos, que requeiram uma interrupção no trajecto de vida do doente (Morais & Koller, 2004, Romano, 1999, citados por Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Pereira & Matos, 2002).

Rocha (2001) salvaguarda que, regra geral, associado aos diagnósticos de doenças súbitas graves surge a falta de esperança, na sequência de factores fisiopatológicos e reacções aos tratamentos. Estes doentes não antevêm alternativas ou escolhas pessoais disponíveis para a solução dos seus problemas ou para obtenção do que é desejado, isto é, não conseguem mobilizar energias em seu benefício para o estabelecimento de metas (Carvalho, 2003; Rocha, 2001). Assim sendo, estes doentes estão em total desesperança. A mesma condição se constata relativamente ao diagnóstico de cancro. A reacção inicial do paciente perante o cancro, assinalada pela negação e desespero, agrava-se fortemente devido ao estigma social (Domingues & Albuquerque, 2008), em que a enfermidade é considerada uma sentença de morte previamente anunciada (Pereira & Matos, 2002), privando os doentes de esperança.

Carvalho (2002, citado por Carvalho 2003) refere que os indivíduos portadores de lesão medular, regra geral, apresentam-se também sem esperança, incapacitando-os de ter qualidade de vida e bem-estar, sendo que a privação desta virtude acarreta nesta população sobretudo problemas de ordem psicológica (e.g., angústia). A privação de esperança nestes doentes pode ser alterada pelos próprios profissionais de saúde, nomeadamente através de uma relação humanizada, tal como se comprova (Carvalho, 2003; Domingues & Albuquerque, 2008; Rocha, 2001; Romano, 1999, citado Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Teramoto, 1994).

Teramoto (1994), uma enfermeira japonesa, foi convidada a apresentar o testemunho da sua vida profissional num congresso. Da sua carreira e experiência profissional junto de feridos de guerra, doentes tuberculosos, cancerígenos e de medicina interna, destaca-

se a importância que faculta ao humanismo na relação profissional de saúde-paciente e à esperança. Esta defende que uma relação humanizada e sua consciencialização por parte do profissional de saúde, proporciona a este último esperança para o exercício da sua profissão quer em busca da cura como na procura da promoção de qualidade de vida, através de cuidados paliativos. Segundo Romano (1999, citado Bianchini & Dell'Aglio, 2006), a mesma situação verifica-se no paciente. Uma relação humanizada, em que o paciente tem conhecimento da sua verdadeira condição de saúde, além de dissipar os seus medos e as suas fantasias, reforça a sua esperança, cooperação e confiança. O apoio psicossocial e emocional subjacente a este tipo de relação entre profissional de saúde-paciente revela-se basilar para dar esperança aos pacientes, obter colaboração destes durante os tratamentos (Domingues & Albuquerque, 2008) e para diminuir o sofrimento psicológico (Uchitomi et al., 2001, citado por Domingues & Albuquerque, 2008). Em casos clínicos em que a ciência já nada tem para oferecer ao doente, o profissional de saúde pode recorrer à esperança e à fé para proporcionar bem-estar, através de crenças e valores significativos para ambos (Carvalho, 2003).

Para alguns pacientes, recorrer à religião, designadamente falar em Deus e na fé que sentem, é uma estratégia de *coping*<sup>2</sup> que lhes permite enfrentar as situações adversas da vida (Bianchini & Dell'Aglio, 2006). Nestas circunstâncias, a fé torna-se sinónimo de esperança foi o que Bianchini e Dell'Aglio (2006) observaram num estudo de caso de uma paciente com pênfigo vulgar, doença que compreende uma dermatose de origem desconhecida, que causa grande sofrimento a nível físico e psicológico. Os resultados desta investigação reforçam as palavras de Ernst Bloch “onde há esperança há sempre religião” (Barros de Oliveira, 2004, p. 113).

Matla (2006) relatou um estudo de caso baseado na compreensão da experiência subjectiva de sobreviver a uma leucemia e na análise das virtudes humanas que promoveram este processo. O autor conclui que a esperança foi uma das características

---

<sup>2</sup> O *coping*, numa perspectiva clássica, é definido como “esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir experiências internas e externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Pais Ribeiro, 2005, p. 295). Assim, um *coping* adequado a determinada situação conduziria a um ajustamento adequado (Pais Ribeiro, 2005), como evidência deste ajustamento encontra-se o bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985, citado por Pais Ribeiro, 2005). Cramer (1998, citado por Pais Ribeiro, 2005) acrescenta que os mecanismos de defesa, tal como as estratégias de *coping*, são formas de lidar com adversidade.

positivas utilizadas pelo doente durante a sua recuperação, sendo que este último ressaltou que esta virtude será empregue sempre que surjam novos traumas.

Pedro e Pais Ribeiro (2006), num dos seus estudos, pretenderam analisar o papel amortecedor que a esperança detém na esclerose múltipla e as consequências que exerce na percepção da gravidade da doença, no funcionamento físico e nos sentimentos sobre a vida. Os resultados mostraram que existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, sugerindo que a esperança desempenha um papel importante na adaptação a uma doença neurológica crónica, como é o caso da esclerose múltipla, o que confirma conclusões anteriores de Wrosch e Scheier (2003, citado por Pedro & Pais Ribeiro, 2008). Estes dados permitem inferir que a esperança é uma característica positiva da personalidade que pode minimizar a percepção de *distress* com a saúde nesta população (Pedro & Pais Ribeiro, 2008).

O'Donnell (1996, citado por Pires, 2006), numa das suas investigações, concluiu que os indivíduos infectados com o vírus HIV vivem a sua vida melhor e durante mais tempo se o fizerem de uma forma esperançosa. Constata-se assim que nesta população a esperança possui um efeito benéfico e saudável, uma vez que se repercute de forma positiva na sua qualidade de vida.

Miller (1985, citado por Pires, 2006) destaca a esperança como uma virtude humana, que interfere positivamente com a sobrevivência de crianças queimadas, mulheres com cancro da mama, doentes submetidos a *bypass* coronário e sobreviventes de catástrofes naturais. Posteriormente, este estudo permitiu ao autor observar que a esperança é a antecipação da manutenção dum bom estado de saúde ou da sua melhoria e, a antecipação dum futuro baseado sobre a mutualidade, competência pessoal, bem-estar psicológico e capacidade de ter um objectivo e um sentido para a vida (Miller, 1986, citado por Lazure, 1996).

Um estudo de Hirth e Steward (1994, citado por Lazure, 1996) também indica que a esperança se torna fundamental nos doentes que aguardam um transplante cardíaco, porque facilita o processo de adaptação à doença. De igual forma, a esperança é considerada como fundamental na reabilitação da doença mental (Russinova, 2003,

citado por Pires, 2006), tendo em conta que esta, ao afectar todas as dimensões da vida, ameaça também o *self* do doente (Kirkpatrick, 2003, citado por Pires, 2006).

Magão e Leal (2001a) procuraram estudar a percepção que os pais de crianças com cancro possuem acerca da sua relação com o profissional de saúde e se esta influenciou a sua esperança. Esta investigação possibilitou às autoras identificar factores promotores e inibidores de esperança na interacção profissional de saúde-pais. Assim, verificaram que a esperança dos pais se encontrava intimamente relacionada com o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Em compensação, a ausência de médico em determinadas horas e as condições físicas das instalações, além de se reflectirem na percepção da eficácia dos tratamentos prestados ou propostos, também se repercutia negativamente na esperança dos pais. Constataram igualmente que os pais enalteciam os enfermeiros na promoção de esperança, pelo tempo e cuidados técnicos que estes disponibilizavam aos seus filhos, como também pela atenção e serenidade concedida a estes e a si próprios, contribuindo, assim, para o bem-estar de ambos. Outro factor que as autoras apuraram, foi que os pais consideravam relevante a comunicação na sua relação com o profissional para a manutenção da esperança, sendo que, para tal, os profissionais necessitavam de equilibrar a verdade com a esperança. Esta última constatação reforça resultados obtidos em investigações prévias, como se apresentou anteriormente (Pereira, 2004; Pires, 2003, citado por Pereira, 2004). Também Lazure (1996) indica investigações com conclusões semelhantes (Miller, 1989; O'Malley & Menke, 1988).

Ramalho e Nogueira-Martins (2007) procuraram compreender a realidade psico-ocupacional vivenciada pelos profissionais de saúde que actuam na área da Oncologia pediátrica. Os resultados evidenciam que a falta de clareza no que respeita as propostas da instituição hospitalar aliada à falta de reconhecimento das funções exercidas leva os profissionais de saúde a trabalharem sem um objectivo e sem esperança, com vontade de desistir do trabalho na área da saúde. Conclui-se, assim, que a falta de esperança se associa fortemente a sentimentos negativos do ser humano. Carvalho (2007) reforça as conclusões deste estudo, ao referir que estes factores e a sobrecarga horária podem ser nefastos para a saúde dos profissionais, nomeadamente ao nível da saúde física, funcionamento social e cognitivo, vitalidade, satisfação e, sobretudo para o bem-estar físico e afectivo. Assim sendo, ambas as investigações confirmam que “os estados

emocionais positivos podem promover percepções saudáveis, crenças e inclusive bem-estar físico” (Salovey et al., 2000, citado por Carvalho, 2007, p. 33).

Sousa e Rodrigues (2008), duas enfermeiras, numa análise à esperança no cuidar em Enfermagem, ressaltam que para a prática da profissão, deve-se entender o significado e a importância da esperança, de forma a incuti-la nos doentes, para que estes não desistam de viver e, apesar da situação adversa que estão a vivenciar, possam olhar com confiança para o futuro. Embora afirmem ser complicado abstraírem-se do sofrimento alheio, as duas enfermeiras salientam que “não podemos desanimar para podermos incutir neles um pouco de esperança, um pequeno brilho nos olhos” (Sousa & Rodrigues, 2008, p. 21).

Snyder, Irving e Anderson (1991, citado por Martinez et al., 2007) justificam e explicam as potencialidades da esperança na área da saúde, recorrendo às componentes *agency* e *pathways*. Os autores referem que o componente *agency* propicia um tónico mental ao nível da sobrevivência psicológica em situações médicas complicadas, uma vez que permite um nível de actividade psicológica ajustada face a situações stressantes. Relacionado com a dimensão *pathways*, surge o modo como as estratégias de *coping* são desenvolvidas e o ajustamento psicológico associado a essas estratégias, visto que níveis elevados desta dimensão proporcionam novos caminhos e oportunidades para contornar situações indesejáveis (e.g., depressão e ansiedade).

Se a esperança é essencial ao homem, em situações extremas e do dia-a-dia, por mais humildes que sejam, se estão documentados os seus efeitos positivos em diversas etapas da doença, no bem-estar, na qualidade de vida e mesmo na manutenção da vida, se é reconhecido pelos doentes e familiares o papel da relação do profissional de saúde como promotor de esperança, a esperança, enquanto construto mobilizador na prestação de cuidados de saúde, interessa a todos os profissionais de saúde (Pires, 2006).

## 7. Síntese

Este capítulo teve como principal propósito enfatizar a esperança como característica positiva intrínseca ao ser humano, concedendo-lhe o devido mérito ao reconhecer o seu

potencial em diferentes domínios, facultando especial atenção à área da saúde, por ser objecto de interesse da presente investigação.

Perante os resultados das investigações acima apresentadas, em que se constata que a esperança tem grande potencial terapêutico, deve-se exaltar o papel dos profissionais de saúde e a prática das suas profissões, uma vez que estes estão numa posição única para suscitar a esperança no doente e contribuir, assim, para a saúde deste; mas também para a sua própria saúde, promovendo o seu próprio bem-estar. Porém, é de salientar que os profissionais de saúde, como se encontram numa posição privilegiada para fazer surgir, desenvolver ou reforçar a esperança no doente e em si, também a podem ameaçar. As conclusões das investigações apresentadas permitem inferir que a esperança é uma característica positiva fundamental na pessoa do profissional de saúde, uma vez que esta se encontra fortemente relacionada com o sucesso da sua prática profissional. É neste âmbito que surge a necessidade de dedicar-se o segundo capítulo aos profissionais de saúde e à Oncologia.

## **CAPÍTULO II**

### **OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A ONCOLOGIA**

“Os que tratam também sofrem” (McIntyre, 1994, p. 193)

## 1. Introdução

A sociedade Ocidental compreende o diagnóstico de cancro como uma sentença de morte previamente anunciada (Lopes & Pereira, 2002). O doente, independentemente da idade ou da sua fase do ciclo de vida percebe a sua doença como uma disrupção no seu trajecto de vida e, na sequência das ideias pré-concebidas pela sociedade, este fica preocupado com o medo de sofrer, mas sobretudo, com o medo de morrer (Kubler-Ross s/d, citado por Teles, Ribeiro & Cardoso, 2003; Pereira & Matos, 2002).

Na actualidade e em consequência de todos os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde (Silva & Zago, 2001), a morte, além de ser tabu público, torna-se ainda mais interdita quando se trata da morte de um doente, devido a este acontecimento ser sinónimo de fracasso profissional para quem trabalha com afinco e dedicação na área da saúde (Costa & Lima, 2005). A exposição a uma doença crónica e/ou terminal como o cancro constitui um acontecimento de vida profissional difícil e potencialmente gerador de *stress* e de sentimentos negativos, que podem mobilizar física e psicologicamente o profissional de saúde. São vastos os estudos que sustentam e enfatizam o impacto deste tipo de situações nesta população.

## 2. Os profissionais de saúde

O papel do profissional de saúde é de extrema importância, uma vez que são vários os níveis nos quais intervém, sendo a sua prática profissional considerada fundamental no contexto hospitalar (Campos, 1995). É cada vez mais notório a preponderância das suas funções, visto que a Saúde procura uma mudança paradigmática e sua plena implementação. Porém, de acordo com alguns autores (Labate & Cassorla, 1999; Quintana, Cecim & Henn, 2002) não se tem dado a devida importância aos profissionais de saúde, possivelmente porque estes defendem-se da sua própria incapacidade e fragilidade através de fantasias de onnipotência. Mas, quando estes mecanismos de defesa falham, a descompensação surge, sendo na maioria interpretada pelo próprio como vergonhosa, daí ser na maioria das vezes atribuída a outros factores.

Perante este papel dos profissionais de saúde, estes devem desenvolver competências no campo da tomada de decisão e devem estar preparados para o uso apropriado, eficaz e custo real da força de trabalho, de medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas (Feuerwerker, 2003). Devem assim, possuir capacidades para avaliar, sistematizar e determinar a conduta mais apropriada e “aprender a aprender”, devido à constante produção de conhecimentos novos (Feuerwerker, 2003).

Geralmente, os cuidados de saúde são a missão primordial do hospital e revelam-se numa ampla diversidade de práticas. Porém, o internamento hospitalar, decorrente de uma cirurgia ou de uma situação não cirúrgica, constitui o tipo de assistência mais conotado com a prática hospitalar. O funcionamento do hospital reflecte-se no modo como cada grupo profissional entende a finalidade do seu desempenho (Serra, 2005). Neste âmbito, Taylor (1995, citado por Serra, 2005) distingue diferentes tipos de actuações através da tríade “*cure-care-core*”. Assim, os médicos, numa perspectiva de “*cure*”, desenvolvem a actividade em torno da cura e do tratamento da doença de cada utente. A enfermagem, numa perspectiva de “*care*”, procura, de uma forma humanista, zelar pelo conforto físico e emocional dos doentes. Por outro lado, a administração do hospital identifica-se com o “*core*” ou núcleo do hospital, garantindo o funcionamento do sistema.

Assim, para contextualizar e caracterizar o alvo de atenção deste trabalho teórico-empírico, torna-se pertinente destacar e descrever a profissão médica e de enfermagem, enquanto profissionais de saúde que lidam e prestam diariamente os seus cuidados a doentes hospitalizados ou em ambulatório em contexto hospitalar. Esta contextualização e caracterização têm em atenção a dinâmica funcional e relacional do Departamento de Medicina da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial, focando essencialmente aspectos que lhe são inerentes, devido à população-alvo do presente trabalho, médicos e enfermeiros, exercerem as suas profissões neste local.

## **2.1. A profissão médica**

Desde as etapas mais remotas da História até ao momento actual, sempre se reconheceu a necessidade de codificar a actuação dos grupos profissionais de acordo

com normas éticas, mas em nenhuma profissão, como a medicina, existem tantos problemas de ordem moral (Pina, 1994). Porque são vidas! É a existência humana que se encontra dependente desta disciplina.

A profissão médica adquiriu tal estatuto, que hoje medicina e saúde se confundem (Serra, 2005). Surge como detentora de um saber que lhe confere poder e com o qual gere valores, julgados como dos mais importantes na sociedade, na medida em que pode mudar o curso da doença, manter a vida e adiar a morte (Pina, 1994; Serra, 2005), defendendo o respeito pela vida e pela pessoa humana (Rodrigues, 2001), sob quatro princípios éticos: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça (Bub, 2005). Isto indica que o médico deve esforçar-se por aliviar o sofrimento e não tem o direito, mesmo nos casos que lhe parecem desesperados, de apressar o processo natural da morte. Nestes casos, de doenças potencialmente fatais, compete-lhe igualmente zelar para que os doentes tenham a melhor qualidade de vida possível perante a enfermidade (Rodrigues, 2001). O médico é reconhecido socialmente em função dos saberes e poderes que se jogam na relação que estabelece com o doente e outros técnicos e que lhe conferem uma autonomia de acção tal que facilmente as funções do hospital se confundem com as suas (Serra, 2005). É atribuído ao médico respeito, credibilidade e prestígio, sendo os doentes, por norma, receptivos à informação e conselhos que veicula (Boiteux, 2000; Serra, 2005). Em suma, a profissão médica centra-se essencialmente na doença e no órgão doente, adoptando uma postura de natureza mais técnica, em relação a outras profissões da área da saúde, embora esta perspectiva esteja em mudança através do modelo biopsicossocial (Pais Ribeiro, 2005).

## **2.2. A profissão de enfermagem**

A profissão de enfermagem é, de acordo com Yura e colaboradores (1976, citado por Martins, 2003b, p. 232), “no essencial, o encontro do enfermeiro com um doente e sua família, durante o qual o enfermeiro observa, ajuda, comunica, entende e ensina; além disso, contribui para a conservação de um estado óptimo de saúde e proporciona cuidados durante a doença até que o doente seja capaz de assumir a responsabilidade inerente à plena satisfação das suas necessidades básicas; por outro lado, quando é necessário, proporciona ao doente em estado terminal ajuda compreensiva e bondosa”.

Esta definição orienta, assim, para uma perspectiva da necessidade do enfermeiro deter uma elevada capacidade comunicacional e relacional, facilitadora do desempenho do seu trabalho técnico, num contexto de compreensão empática. Estas competências contribuem para o objectivo primordial da enfermagem, ou seja, que a prestação de cuidados responda efectivamente às necessidades físicas e psicológicas do doente e sua família. O enfermeiro procura assim, atender a necessidades globais, respondendo às carências em cuidados que visam a satisfação de necessidades na saúde e na doença (Martins, 2003b). Pola, Messalles e Carretero (2005) consideram que as competências e funções do enfermeiro não se limitam aos aspectos assistenciais. A enfermagem orienta para a necessidade do profissional possuir conhecimentos que se estendem além das características e evolução da doença, passando pelas formas de prevenção da patologia e nunca menosprezando as manifestações psicológicas do doente, que podem emergir em contexto de doença. Em suma, a profissão de enfermagem privilegia um discurso em que o doente é um todo e requer uma abordagem holística, onde a relação humana é primordial.

### **2.3. O profissional de saúde e a sua relação com o paciente**

Ao longo da História, a relação profissional de saúde-paciente tem-se configurado de distintas formas, dependendo da época e das condições ideológicas e socioeconómicas subjacentes. Se tradicionalmente, se confiava no médico para o restabelecimento da saúde ao doente, desde o século XX que os avanços no campo da Medicina deram lugar a uma diversidade de técnicas, que acarretaram uma multiplicidade de profissões, retirando ao médico a responsabilidade única de cuidar e curar (Llor, Abad, Garcia & Nieto, 1995).

A relação profissional de saúde-paciente estabelece-se quando o profissional aplica os seus conhecimentos teóricos e técnicos no diagnóstico, cuidado e tratamento do doente. O profissional de saúde tem por finalidade devolver a saúde ao paciente, aliviar as suas dores e prevenir a doença. De modo a entender a especificidade desta relação de natureza humana, importa salientar os dois princípios básicos que a descrevem: uma relação de ajuda e uma relação de cariz técnico. Esta relação ocorre num determinado

momento e estabelece-se numa interacção directa, recorrendo à ajuda e à tecnicidade (Llor et al., 1995).

Em suma, a relação profissional de saúde-paciente pode-se descrever como uma relação interpessoal, cujo resultado depende em grande parte da interacção existente entre ambos. Perante isto, dois factores devem ser garantidos pelo papel fundamental que assumem nesta relação, sendo estes, a comunicação e a humanização.

### **2.3.1. A comunicação na relação profissional de saúde-paciente**

A comunicação é uma competência imprescindível na relação profissional de saúde-paciente. É sobre o profissional de saúde que recai a função de veicular a informação nas relações duais – profissional de saúde-paciente e profissional de saúde-cuidadores e, na relação tríade – profissional de saúde-paciente-cuidadores (Feuerwerker, 2003; Llor et al., 1995; Pereira, 2004b; Silva, 2002). Estes devem ser acessíveis e receptivos com os pacientes e seus cuidadores, mantendo sempre as informações sob sigilo profissional (Feuerwerker, 2003; Pereira, 2004b; Lobão, 2003).

No âmbito da saúde, a comunicação entre profissional de saúde-paciente adquire especificidades, tendo em conta que os envolvidos se encontram numa situação com características próprias (Feuerwerker, 2003). Tatossian (s/d, citado por Llor et al., 1995) propôs um modelo que intitulou “relação técnica de serviço”, através do qual esclarece que a relação criada entre o profissional e o paciente é mínima, de modo que este último é tratado como um objecto, existindo, assim, uma relação assimétrica, com distribuição desigual de estatuto. O profissional de saúde é que possui os conhecimentos, tem a iniciativa, toma as decisões e inclusive define os comportamentos. Na verdade, esta caracterização da comunicação entre profissional de saúde-paciente não é condição *sine qua non* actualmente (Llor et al., 1995). Apesar do paciente depender do profissional de saúde no que respeita a prestação de cuidados, as mudanças socioculturais e políticas ocorridas nas últimas décadas do século XX contribuíram para que ambos se encontrem em pé de igualdade, aniquilando assim, a relação assimétrica vigorada até então (Llor et al., 1995).

Hoje em dia, o paciente é entendido como um sujeito activo e como um ser biopsicossocial (Bennett, 2000, 2002; Llor et al., 1995; Pais Ribeiro, 2005; Serra, 2005), embora existam diferenças particulares no que concerne a finalidade, o tipo de doença e as características, durante as quais ocorre a comunicação. Além disto, a comunicação depende também da motivação dos envolvidos (profissional de saúde, paciente e cuidadores), das suas características psicológicas (e.g., competência para comunicar e relacionar-se) e por fim, a forma como cada participante assume o seu papel (Llor et al., 1995; Serra, 2005).

O papel e a influência da comunicação interpessoal na área da saúde são decisivos, tendo em conta em que à compreensão do ser humano subjazem códigos psicossociais e psicobiológicos. Os pacientes estão atentos e criam vínculos, basicamente, pela forma como o profissional de saúde transmite a informação. Este está atento à coerência e à complementaridade da comunicação verbal e não-verbal do orador (Feuerwerker, 2003; Silva, 2002). De facto, um dos graves problemas que pode emergir da comunicação é a tradução da informação veiculada pelo profissional de saúde ao doente, na medida em que, por norma, para o receptor, neste caso o doente, a mensagem nunca tem o mesmo significado que tem para o emissor (Coucello, 1997, citado por Serra, 2005; Llor et al., 1995). Na sequência desta realidade, a ausência de esperança nos profissionais de saúde, influenciará a esperança dos doentes e familiares (Lazure, 1996).

Silva (2002) defende que toda a informação/comunicação é munida de sentimentos, sendo inevitável para o profissional de saúde não deixar transparecer as suas emoções no seu discurso, mesmo de forma ténue, e é ainda menos provável que o paciente e seu cuidador não transmitam os seus sentimentos e emoções. Este facto é explicado pelos princípios da comunicação, que salvaguardam a inexistência de neutralidade na troca de mensagens entre seres humanos (Fiske, 1990, 2005; Ricci Bitti & Zani, 1983, 1997; Serra, 2005).

### **2.3.1.1. A verdade e a esperança na comunicação**

A problemática da informação tem assumido um lugar de destaque, conduzindo a posições diferentes relativamente à comunicação e/ou ocultação da verdade referente à

situação patológica do doente. Mas a esta questão, sobrepõe-se uma outra, saber como, quando e quanto se deve revelar sobre o estado de saúde (Hardy et al., 1980, citado por Dias, 1997). Porém, actualmente, a necessidade de informação ao doente e à família é reconhecida no campo conceptual como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde no contexto das suas práticas (Pereira, 2004b; Quintana, Cecim & Henn, 2002).

Porém, o processo de tomada de decisão relativamente ao acto de informar é muito complexo, gerando no profissional de saúde um conflito interno entre o contar ou não uma má notícia a um paciente ou seu familiar, principalmente quando se trata de um diagnóstico nefasto, como é o caso do cancro (Pereira, 2004b). Muitos profissionais de saúde consideram os seus pacientes demasiado vulneráveis para receber um diagnóstico desta natureza e temem o surgimento de uma perturbação emocional (Pereira, 2004b; Quintana et al., 2002), opinião partilhada em muitos casos pelos seus cuidadores (Quintana et al., 2002). Salienta-se que o que ocorre na maior parte das vezes é que o próprio silêncio do profissional de saúde, a ausência de informação é a confirmação das suspeitas do doente e seus familiares face a um diagnóstico que pressentem mas que não é transmitido verbalmente (Pereira, 2004b; Quintana et al., 2002). O conflito interno e a opção de silêncio do profissional de saúde como forma de comunicação de más notícias deve-se especialmente ao facto destes não se sentirem apoiados e quererem evitar o fardo emocional de lidar com a angústia dos pacientes (Pereira, 2004b). São muito poucos ou nenhuns os profissionais que recebem formação neste âmbito, reforçando a falta de competência e estratégias específicas para a divulgação de más notícias (Bennett, 2000, 2002); apesar da prática correcta indicar que o paciente deve ser informado e esclarecido sobre a sua saúde (Bennett, 2000, 2002; Hardy et al., 1980, citado por Dias, 1997; Pereira, 2004b).

Apesar de ser reconhecido que a transmissão de informação é uma tarefa difícil e complexa, um estudo de Pereira (2004b) confirmou que esta reduz a incerteza e constitui uma ajuda essencial para os doentes e sua família aceitarem e lidarem com a doença, participarem nas tomadas de decisão e envolverem-se no processo de tratar e cuidar. Tudo isto contribui para a aquisição do controlo da situação, conferindo autonomia e um sentimento de bem-estar apesar da realidade. O doente tem o direito de

saber a verdade sobre a sua doença e o profissional deve prestar informação aos doentes, com vista ao restabelecimento da sua autonomia, mas sem lhes retirar a esperança, uma vez que é uma dimensão excepcional para a sua recuperação (Pereira, 2004b).

Em Oncologia, confirmam-se estas circunstâncias. A informação veiculada ao doente oncológico e seus cuidadores acerca do seu estado de saúde ajuda-os positivamente ao longo dos múltiplos internamentos e terapias em ambulatório e perante as adversidades decorrentes da doença (Pereira, 2004b). De facto, os médicos têm conhecimento que podem oferecer maior esperança aos doentes oncológicos, afastando de certa forma o medo de morrer; embora a esse medo esteja subjacente uma limitação à comunicação aberta entre médico e doente (Durá, 1990, citada por Dias, 1999). Neste sentido, o que acontece é que o simbolismo social desta doença inibe a clareza do processo de comunicação, tornando a informação ambígua e imprecisa, enfatizando a sua mistificação (Matos & Pereira, 2002).

O que a literatura revela é que a verdade na comunicação de más notícias na saúde deve ser dada ao ritmo e circunstância de cada pessoa (Pereira, 2004b). Esta deve ser libertadora e não destruidora; a verdade “propõe-se, não se impõe” (Pereira, 2004b, p. 35). A informação deve ser gradual, clara e adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber manifestada pelo doente, assim como pela possibilidade de uma participação activa, visto que uma verdade total pode conduzi-lo à desistência de lutar, aceitando a situação como irremediável (Bennett, 2000, 2002; Pereira, 2004b; Pereira & Lopes, 2002). O doente tem direito de saber a verdade, mas sem nunca lhe ser retirada a esperança; nem tão pouco o profissional de saúde deve transparecer a sua própria esperança, sobretudo quando esta é diminuta, uma vez que exerce grande influência sobre o doente (Pereira, 2004b). Pois, a esperança, segundo Gregório (2004, citado por Pereira, 2004b, p. 35), é um sentimento “que leva o homem a olhar para o futuro, considerando-o portador de condições melhores que as oferecidas pelo presente, de modo que a luta pela vida e os sofrimentos são enfrentados como contingências passageiras, na marcha para um fim mais alto e de mais valor”. Neste sentido, os profissionais de saúde podem oferecer uma esperança realista que pode

interferir na qualidade de vida do paciente, na dignidade e no confronto durante a evolução da doença (Pires, 2003, citado por Pereira, 2004b).

Em suma, o que se constata é que a informação é considerada um factor relevante no que se refere à ajuda necessária aos doentes e família para lidar com patologias severas, como o cancro. A informação constitui ainda uma ajuda significativa ao doente a nível emocional, pois dá-lhe uma sensação de controlo da situação. Por consequência, a relação profissional de saúde-doente-cuidadores é determinante para a prática de cuidados e qualidade de vida dos doentes e família, podendo ter um fim terapêutico ao ajudar o doente e sua família a ultrapassar as dificuldades, os medos, as angústias e até as incertezas. É com fundamento nestes parâmetros que vários investigadores defendem a humanização como agente primordial desta relação interpessoal.

### **2.3.2. A humanização na relação profissional de saúde-paciente**

“A tarefa da medicina no século XXI será a descoberta da pessoa – encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo” (Cassel, 1991, citado por Caprara & Franco, 1999, p. 648).

Esta mudança paradigmática permitiu destacar os atributos da prática do profissional na produção da saúde. Em todo o processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicados no resultado da arte médica (Gadamar, 1994, citado por Caprara & Franco, 1999).

Neste âmbito, surge uma reflexão sobre a humanização na relação profissional de saúde-paciente para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Esta proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efectiva promoção de saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não só de um ponto de vista biológico (Cassel, 1982, Hahn, 1995, citados por Caprara & Franco, 1999). Surge então a necessidade de abandonar o modelo biomédico e adoptar o modelo biopsicossocial (Bennett, 2000, 2002; Llor et al., 1995; Pais Ribeiro, 2005; Serra, 2005).

Assim sendo, os profissionais de saúde, além do suporte técnico, devem ter uma sensibilidade para conhecer a realidade do doente, ouvir as suas queixas e encontrar junto deste estratégias que facilitem a sua adaptação à sua nova condição de vida, exigida pela doença (Caprara & Franco, 1999; Pereira & Lopes, 2002), de modo a facultar-lhe uma assistência humanizada (Dias, 2006), em que o humanismo surge como um companheiro na prática profissional (Blasco, s/d, citado por Pereira & Lopes, 2002).

É de ressaltar que os acompanhamentos prolongados, como acontece com doentes oncológicos, permitem ao profissional um melhor conhecimento acerca do doente e respectiva família, o que facilita a criação de um vínculo entre estes (Buetow, 1995, citado por Caprara & Franco, 1999; Rizzotto, 2002, citado por Bazon, Campanelli & Blascovi-Assis, 2004). Em consequência desta situação, a humanização é importante em qualquer área, mas torna-se ainda mais quando se trata de doenças cancerígenas, pelas razões que se têm vindo a citar até esta parte e que serão evidenciadas posteriormente de modo mais aprofundado (e.g., desgaste emocional nos doentes, seus cuidadores, como também, nos profissionais de saúde).

No entanto, nesta relação humanizada profissional de saúde-paciente não se exige aos médicos e aos enfermeiros que se tornem psicólogos, mas solicita-se que estejam atentos e que prestem cuidados, além da clínica (Caprara & Franco, 1999). Embora ironicamente, excepto sob situações pouco comuns, aspectos de interesse da Psicologia da Saúde, logo do interesse do psicólogo, estejam a ser implementados pelos médicos e enfermeiros (Bennett, 2000, 2002), visto que este paradigma da saúde preconiza um cuidado singular na sua integralidade e respeito à vida (Bernard, 1993; Reichert, Lins & Collet, 2007), baseado numa relação empática, participativa e equitativa entre o profissional de saúde e o paciente (Boiteux, 2000; Caprara & Franco, 1999).

### **3. A Oncologia**

A Oncologia distingue-se como sendo uma área em que os pacientes, hospitalizados ou em ambulatório, possuem características específicas, uma vez que estão a vivenciar uma situação dolorosa, ansiogénica, traumática e de desintegração (Justo, 2002; Lopes & Pereira, 2003). De facto, o cancro impõe a quem o enfrenta uma grande ameaça à

integridade física e psíquica e confronta a pessoa com a sua própria vulnerabilidade (Solana, 2005, citado por Pinto & Pais Ribeiro, 2007). Estes pacientes apresentam frequentemente perturbações psicossociais, resultantes do diagnóstico e dos tratamentos aos quais estão submetidos (e.g., cirurgia, radioterapia, quimioterapia), do suporte social (e.g., família e amigos) e do Serviço de Saúde (Holland, 1989, citado por Lopes & Pereira, 2002). As ansiedades e as fantasias dos pacientes, por norma, são projectadas violentamente no profissional, que, contra-identificado, pode misturar-se com o doente (Labate & Cassorla, 1999), impedindo-o de ser um ouvinte cauteloso das angústias, mágoas e dúvidas com seriedade e imparcialidade (Carvalho, 2003). Deste modo, o profissional, o paciente e os seus cuidadores podem envolver-se num processo de transferência e contra-transferência.

As características da doença – cancro e o tratamento prolongado que este exige, com múltiplos internamentos e terapias em ambulatório, implicam uma aproximação entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores. Esta aproximação, como acima referido, ocorre igualmente ao nível das vivências do próprio paciente e cuidadores, na medida em que o profissional de saúde interage com as dificuldades vividas por estes (Motta & Enumo, 2004, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Assim, identificações patológicas com o sofrimento do paciente, com a doença ou ainda com outros aspectos podem tornar o trabalho do profissional de saúde penoso e, por consequência, doentio físico e psicologicamente (Labate & Cassorla, 1999). Segundo Carvalho (1996, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007), a intensidade de envolvimento emocional é variável, dependendo da faixa etária dos doentes oncológicos; por exemplo, quando se trata de crianças, a entrega e o desgaste do profissional é maior, remetendo-o às suas crenças e valores em relação à doença, às possibilidades terapêuticas, à vida e à morte.

O contacto com os pacientes coloca o profissional de saúde diante da sua própria vida, saúde, doença, dos próprios conflitos e frustrações. Se este não possuir estratégias para lidar com esses fenómenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal (Mota, Martins & Vêras, 2006); apesar deste processo também se caracterizar como uma auto-defesa por parte do profissional (Labate & Cassorla, 1999; Pereira & Lopes, 2002). No exercício da sua profissão, o profissional pode recorrer ao distanciamento durante o

contacto com os seus pacientes como mecanismo de defesa, de modo a não se envolver numa relação, impedindo assim a criação de um vínculo (Buetow, 1995, citado por Caprara & Franco, 1999; Mota et al., 2006; Pereira & Lopes, 2002; Rizzotto, 2002, citado por Bazon et al., 2004). Porém, esta situação coloca um entrave à nova política da saúde, que preconiza uma relação humanizada entre profissional e paciente (Bernard, 1993; Feuerwerker, 2003; Gadamar, 1994, citado por Caprara & Franco, 1999; Reichert et al., 2007).

### **3.1. Impacto da doença oncológica nos profissionais de saúde**

O sector da saúde é um campo específico, que envolve indivíduos que cuidam de indivíduos, frequentemente expostos a grande sofrimento físico e psicológico. Os profissionais de saúde, de um modo geral mas sobretudo os que se deparam com doenças como o cancro, submetem-se na sua actividade a tensões provenientes de várias fontes (Mota et al., 2006). O facto de diagnosticar, apresentar o diagnóstico, contribuir e enfrentar o tratamento e todas as suas adversidades, juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, como também, a dor sentida pelos pacientes oncológicos, são actividades que, como anteriormente referido, colocam o profissional de saúde perante grandes cargas emocionais, capazes de gerar angústias e sofrimentos morais neste último (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Rodrigues, 2001). Os doentes oncológicos, sobretudo os que estão em situação crítica de saúde, manifestam fenómenos de regressão, revolta e agressividade para com os profissionais. Estes últimos são percebidos como fracassados no exercício das suas profissões, contribuindo e reforçando nestes sentimentos de impotência, fraqueza e um desgaste emocional significativo (Labate & Cassorla, 1999; Rodrigues, 2001).

Todos estes factores dificultam inevitavelmente o trabalho dos profissionais de saúde, confundindo-o perante aspectos técnicos, como também, transportando-lhe um grau significativo de sofrimento pessoal. Valle (1997, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007) salvaguarda este facto, evidenciando que às exigências e à preparação técnica, surgem limitações do próprio profissional de saúde, conferindo-lhe um desgaste adicional. Pois este tem de lidar com o sofrimento do doente e seus cuidadores, mas também tem de gerir o seu próprio sofrimento, medo e angústia (Pereira & Lopes, 2002)

e, sendo a saúde considerada uma das preciosidades do ser humano, torna-se importante o interesse pela saúde dos profissionais (Delmas & Clément, 2005).

De facto, segundo a literatura especializada, os profissionais de saúde que lidam com pacientes oncológicos, pacientes portadores de uma doença com risco de vida, na qual a esperança de vida é efémera em muitos casos, provoca nestes um desgaste físico e emocional desmedido (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Figley (1995, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003) reconhece que o cuidar tem um custo para o profissional, reconhecendo que quem ouve e assiste a histórias de dor e sofrimento também sofre. Kubler-Ross (1969, citado por Parreira & Sousa, 2000) refere ainda que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que lidam com doenças terminais podem vivenciar dificuldades acrescidas, por se depararem com o sofrimento dos doentes e se deixarem influenciar pelas emoções expressas por estes últimos.

Este reconhecimento tem levado vários autores a debruçarem-se sobre as questões que envolvem o trabalho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados na doença e na morte, na medida em que esta realidade provoca o emergir de um aspecto peculiar. Nestas situações, os profissionais de saúde, não possuindo estratégias de *coping* para lidar com a adversidade, apresentam cansaço físico e emocional (Maslasch, 1978, citado por Pacheco & Jesus, 2007). O exercício profissional destes técnicos pode, assim, levar ao *stress* profissional, também designado de *stress* ocupacional e, em casos extremos, ao *burnout* (Bennett, 2000, 2002; Bianchi, 2000; Carvalho & Malagris, 2007; Malagris & Fiorito, 2006; Melo, Gomes & Cruz, 1997; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Pais Ribeiro, 2005; Smith, 1978, citado por Grilo & Pedro, 2005).

Por *stress* ocupacional entenda-se o que resulta da “interacção do trabalhador (as características que lhe são próprias) com as condições de trabalho, de tal modo que as exigências resultantes desta interacção ultrapassam a capacidade do trabalhador para lidar com a situação”, gerando *stress* (Ross & Altmaier, 1994, citado por Pais Ribeiro, 2005, p. 289). Por sua vez, o *burnout* define-se como um processo de esgotamento emocional e de despersonalização, que faz ressaltar a vivência de uma redução da satisfação e realização laboral num trabalho que requer o lidar com recursos emocionais no actuar com pessoas (Maslasch, 1982, citado por Mendes, 1996), manifestando-se a

nível fisiológico, comportamental e psicológico (Greenberg, 1987, Veninga & Spradley, 1981, citados por McIntyre, 1994). Neste âmbito, importa distinguir o facto de qualquer profissional poder sentir *stress* ocupacional mas o *burnout* só é experienciado por pessoas que detêm índices elevados de motivação, envolvimento pessoal e de ideais e que, posteriormente, se sentem frustrados a nível profissional (Vaz Serra, 1999, citado por Pacheco & Jesus, 2007).

Considerando de fundamental importância o exercício profissional dos técnicos da área da saúde, é primordial que estes se encontrem em condições físicas e psicológicas favoráveis para que possam contribuir positivamente nesse sentido. Porém, o *stress* ocupacional e o *burnout* podem dificultar a prestação de cuidados de saúde, tendo em conta o facto que altos níveis de *stress* podem influenciar negativamente o bem-estar físico e emocional das pessoas, não sendo os profissionais de saúde excepção (Malagris & Fiorito, 2006; Pacheco & Jesus, 2007; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Além de acarretar consequências na área profissional, como atrasos, absentismo, desempenho insatisfatório, queda de produtividade e problemas de relacionamento, como indicam alguns estudos (Fontana, 1994, Santos & Rocha, 2003, citados por Malagris & Fiorito, 2006; Lima Santos & Coelho, 2001, citado por Lima Santos & Cortinhas, 2003; Sauter, Hurrell & Cooper, 1989, citado por Melo et al., 1997), o *stress* gere problemas de ajustamento social, familiar/afectivo e de saúde (e.g., manifestações psicossomáticas, arritmia cardíaca) (Leppanen & Olkinuora, 1984, citado por McIntyre, 1994; Lipp & Malagris, 2001, citado por Malagris & Fiorito, 2006).

Embora o *stress* seja passível de aparecer em todas as profissões, os profissionais da área da saúde tornam-se bastante mais vulneráveis para o desenvolvimento de *stress* ocupacional devido às suas atribuições, na medida em que, por actuarem em diversas especialidades e sectores, estão em contacto com muitos estímulos que podem ser vistos como stressores (e.g., sentimento de impotência perante o sofrimento alheio) (Malagris & Fiorito, 2006). Vários estudos enfatizam que os profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros, têm razões especiais para constituírem um grupo profissional particularmente afectado pelo *stress* (Malagris & Fiorito, 2006; Pacheco & Jesus, 2007; Payne & Firth-Cozens, 1987, Quick et al., 1992, citados por Melo et al., 1997; Pereira & Lopes, 2002).

As investigações demonstram claramente que existem muitos profissionais de saúde que evidenciam sinais e sintomas de *stress* e pressão suficientemente severos para poderem perturbar o seu rendimento profissional e o seu próprio bem-estar (Bertolote & Fleischmann, 2002, citado por Pacheco & Jesus, 2007; Payne & Firth-Cozens, 1987, citado por Melo et al., 1997). Por isso, o *stress* nos profissionais de saúde é não só um problema preocupante para eles próprios, mas também para as organizações que os empregam (Altun, 2002; McIntyre, 1994; Payne & Firth-Cozens, 1987, citado por Melo et al., 1997; Sobrinho et al., 2006), sendo imprescindível valorizar e implementar factores de protecção nos profissionais (Manning, Jackson & Fusilier, 1996), de modo a colmatar o risco de *stress* e *burnout*.

Num estudo realizado pelo Instituto Nacional da Segurança e Saúde Ocupacional do Reino Unido (1999, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003), conclui-se que entre 26% a 40% dos trabalhadores consideram o seu emprego como stressante, com repercussões ao nível da saúde. Outro estudo indica que os profissionais de saúde se apresentam como o grupo de maior risco (Lima Santos & Cortinhas, 2003; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). Através de uma investigação de Kortum-Margot (2002, citado por Pacheco & Jesus, 2007), no qual realçaram que 50% dos profissionais de saúde dos Estados Unidos da América apresentam níveis elevados de *stress* ocupacional, confirma-se o facto dos profissionais de saúde se apresentarem como uma população de risco. Por outro lado, importa referir que num estudo de Melo, Gomes e Cruz (1997), no que concerne os profissionais de saúde como grupo de risco, encontram-se diferenças: os enfermeiros evidenciaram níveis de *stress* mais elevados que os médicos, situação presumivelmente relacionada pelo maior contacto e envolvimento relacional entre enfermeiro-paciente.

Lidar com doenças crónicas, com doenças que colocam os seus portadores em risco de vida e sobre os quais a esperança de vida é efémera ou, ainda, com doenças terminais tende a aumentar o risco de desenvolvimento de *stress* ocupacional e *burnout*. É perante esta realidade que os profissionais de saúde de uma unidade oncológica exercem as suas funções. O confronto de qualquer profissional de saúde com a vulnerabilidade, a perda e o sofrimento é ameaçador e gerador de sentimentos de fracasso profissional, porque, regra geral, estes são preparados para uma vertente curativa e não paliativa (Parreira &

Sousa, 2000), o que prevê, às vezes, o surgimento de dilemas (Pereira & Lopes, 2002). O modelo de Siegrist e colaboradores (1990, citado por Bennett, 2000, 2002) explica esta situação ao prever que o *stress* ocupacional é uma consequência do desequilíbrio entre os esforços percebidos e as recompensas, resultando em desequilíbrio emocional e consequências negativas para a saúde do envolvido.

Um estudo de Parreira e Sousa (2000), realizado em serviços de Oncologia, com elevado índice de mortalidade em regime de internamento, confirma as perspectivas apresentadas, uma vez que verificaram que o contacto intenso com a doença terminal e a morte se relacionava com maior número de profissionais com *burnout*. Estudos de Lindstrom (1992, citado por McIntyre, 1994) e de Olkinuora e colaboradores (1992, citado por McIntyre, 1994) apontam também para índices elevados de *burnout* nas especialidades de Medicina, com envolvimento com doentes crónicos e terminais.

Estas vivências por parte dos profissionais de saúde constituem um factor de risco de *stress* traumático, sobretudo quando se encontram envolvidas crianças em situações de risco ou ameaça à integridade física e psicológica (Carvalho, 1996, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Costa e Lima (2005) concluíram que a exposição à doença terminal de crianças é fonte de sentimentos de impotência, frustração, tristeza, angústia dor e sofrimento. Estes sentimentos podem culminar em *stress* ocupacional, *burnout* ou trauma vicariante, num processo cumulativo, em que os técnicos de saúde transformam negativamente as suas vivências, recorrendo às expressões traumáticas das pessoas com quem lidam (Pearlman & Saakvitne, 1995, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003).

Cuidar de doentes oncológicos, sobretudo daqueles em que a antecipação ou vivência de morte é iminente, de uma forma geral, implica por parte do profissional de saúde um maior envolvimento com o próprio doente e sua família. A enfermagem é privilegiada neste processo, na medida em que a frequência dos seus cuidados permite um maior contacto com o doente, contribuindo para o desenvolvimento de uma ajuda efectiva, caracterizada por uma relação de empatia, compreensão e escuta activa, que se torna altamente benigna para as pessoas envolvidas (Pais Ribeiro, 2005; Rich, 2002). Porém, constituem frequentemente risco para o bem-estar, isto porque, o profissional de saúde, ao aumentar o envolvimento relacional com o doente e sua família, para compreender a

sua experiência, também vive e sente a perda como sua, tanto a nível profissional com o pessoal. A nível profissional, é comum que o insucesso de um tratamento se revele em sentimentos de culpa e responsabilidade, raiva, desespero e até mesmo depressão. No campo pessoal, a vivência da perda pode ser fonte de frustração, depressão, *stress* ou mesmo *burnout* (Costa & Lima, 2005; Rich, 2002).

O impacto psicológico da perda pode implicar a necessidade de um processo de luto por parte do profissional (Rich, 2002). Dependendo dos vários factores relacionados com as situações ou pessoas envolvidas na perda, os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros pela proximidade exigida durante o acompanhamento podem manifestar sintomatologia própria do luto (e.g., défice de atenção, distúrbios no padrão do sono e apetite, falta de energia) (Rich, 2002). Todavia, em serviços de Medicina e unidade oncológica em que as perdas são constantes, o profissional pode ter dificuldades no processamento e resolução do luto, correndo o risco de sofrer um processo de exaustão e ver ameaçadas as suas estratégias de *coping*. Esta situação pode ser agravada quando à morte estão associados aspectos com os quais se identifica por algum motivo ou quando o profissional, no âmbito da sua função, foi exposto a muito sofrimento (Rich, 2002). Em casos graves, a sintomatologia apresentada pelos profissionais pode configurar um quadro traumático, com critérios de diagnóstico de Perturbação Pós-Stress Traumático, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) (Rich, 2002). Mas o próprio acto de diagnosticar doenças graves é também susceptível de levar a sintomas desta perturbação (Carvalho, 1996, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Pais Ribeiro, 2005).

Perante esta realidade, observa-se que a prática da Medicina e da Enfermagem acarretam riscos para a saúde física e psicológica daqueles que a desempenham. Os profissionais que exercem as suas funções em serviços de Medicina e Oncologia estão repetidamente expostos a situações de doentes com prognóstico grave e doença terminal, sendo esta uma problemática constante. Por isso, a prática profissional destas duas profissões, em condições pessoais e laborais adversas, pode assumir-se uma fonte de exaustão e de privação de sentimentos de realização profissional, motivado, por exemplo, pela confrontação do sofrimento alheio ou pela perda de doentes.

Em suma, a doença oncológica, pelas características que lhe estão inerentes, assume-se como um factor que predispõe os profissionais de saúde, sobretudo os que mais se envolvem com o doente e sua família, a um conjunto de alterações, com impacto ao nível da saúde física e psicológica, ao nível familiar e social, mas também acarretando consequências negativas no domínio laboral. Assim, o contacto com situações de dor intensa e perda pode ser problemático para os profissionais de saúde, devendo implicar medidas que minimizam os factores de risco e promovam os factores protectores, de modo a evitar um culminar em *stress* ocupacional ou mesmo em *burnout*.

#### **4. Síntese**

Este capítulo teve como principal propósito fazer uma alusão objectiva da literatura e da investigação existente em torno dos profissionais de saúde e do contexto oncológico. Debruçou-se na pessoa do profissional de saúde, focalizando-se na profissão médica e de enfermagem, populações-alvo da presente investigação teórico-empírica. Facultou particular ênfase à relação profissional de saúde-paciente, evidenciando a comunicação e a humanização, aspectos que a caracterizam.

Procurou ainda pôr em relevo o potencial impacto que a doença oncológica, uma doença potencialmente fatal, pode ter na saúde física e psicológica dos profissionais de saúde, particularmente nos médicos e nos enfermeiros. A identificação e caracterização dos stressores, as reacções sintomáticas e as perturbações psicossociais frequentemente associadas às experiências e vivências dos profissionais que exercem a sua actividade em contexto oncológico, assim como o papel dos diferentes mediadores do impacto destas experiências e vivências constituíram indubitavelmente aspectos relevantes para a compreensão e investigação do papel da esperança como factor protector e promotor de bem-estar físico e psicológico nesta população.

**PARTE II**

**ESTUDOS EMPÍRICOS**

A literatura científica indica que as virtudes humanas constituem um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a experiência e a vivência de emoções negativas. Este reconhecimento permite enaltecer as virtudes humanas pelas suas potencialidades e pelo seu contributo no funcionamento saudável do ser humano (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002). Sendo a esperança uma dessas virtudes, assume-se como uma força da personalidade humana, necessária para uma vivência saudável e digna (Lazure, 1996). Esta virtude testemunha, assim, ter várias implicações na vida do ser humano; pois a sua presença potencia-o, motiva-o, fortalece-o e capacita-o para lidar quotidianamente com as suas experiências e vivências (Lange, 1982, citado por Pires, 2006).

A prática profissional na área da saúde pode constituir-se uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico dos profissionais, que prestam cuidados a doentes debilitados em grande sofrimento (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). A Oncologia, pelas suas características, apresenta-se como uma área em que a exposição à doença crónica e/ou terminal constitui um acontecimento de vida profissional difícil e potencialmente gerador de *stress* e de sentimentos negativos, que mobilizam física e psicologicamente o profissional (Labate & Cassorla, 1999). Assim sendo, os médicos e os enfermeiros que trabalham em Oncologia confrontam-se inevitavelmente com situações adversas, que colocam em causa o seu próprio bem-estar.

Face a estas condições e aos propósitos dos profissionais de saúde no desempenho das suas funções, a esperança tem vindo a ser reconhecida como de extrema importância aquando da prestação de cuidados de saúde (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Sousa & Rodrigues, 2008), como também tem sido identificada como uma força valorizada de promoção de vida (Lazure, 1996). De facto, as investigações têm demonstrado que a esperança proporciona uma qualidade de vida a que o ser humano aspira (Giacomoni, 2004; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Martinez et al., 2007; Pérez-Ramos, 2006; Snyder et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007; Sousa & Rodrigues, 2008; Voitkane et al., 2006).

Esta realidade fundamenta a pertinência da presente investigação, assim como, a necessidade de mudança no foco das contribuições da Psicologia, sendo na óptica da Psicologia Positiva que esta se enraíza – que índices de esperança os profissionais de saúde detêm, quais as variáveis sócio-demográficas associadas e a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde, um construto positivo e com potencial protector, contribui para o exercício da profissão médica e de enfermagem e para o bem-estar destes profissionais, sendo que para cumprir este requisito é necessário compreender as experiências e vivências dos profissionais que prestam cuidados a doentes oncológicos.

Esta investigação consiste, assim, num estudo focalizado sobre a experiência vivida e subjectiva dos profissionais de saúde que exercem as suas funções numa unidade oncológica, sendo o seu objectivo geral, a compreensão aprofundada dessa mesma experiência e a percepção que os profissionais de saúde possuem acerca da esperança, como possível factor protector e promotor de saúde face às adversidades oriundas do contexto de trabalho, especialmente perante o desgaste emocional significativo a que os médicos e enfermeiros estão expostos neste tipo de unidade.

Assim, a presente investigação assenta em cinco objectivos específicos, que serão apresentados posteriormente, nos respectivos estudos empíricos. Para prosseguir estes objectivos, o planeamento desta investigação organizou-se em dois estudos empíricos, que ocorreram sequencialmente. De modo a responder aos dois primeiros objectivos, planeou-se e conduziu-se um estudo de natureza quantitativa, com base em dados obtidos através de um questionário sócio-demográfico e uma escala intitulada Escala de Esperança. Para responder aos restantes objectivos, projectou-se e elaborou-se um estudo de natureza qualitativa, baseado nas narrativas dos médicos e enfermeiros de uma unidade oncológica de um hospital público do litoral norte. Estes estudos empíricos são apresentados em separado, facultando-lhes a devida importância ao dedicar um capítulo a cada um.

Realça-se que a escolha destas metodologias se deve à pertinência que estas facultam para uma investigação no âmbito das Ciências Sociais, sobretudo à Psicologia, tendo em conta a relação dinâmica que estabelecem entre si, permitindo uma compreensão mais abrangente da realidade (Ingold & Ingold, 1988, citado por Fonte, 2005).

## **CAPÍTULO I**

### **ESTUDO QUANTITATIVO**

## 1. Fundamentação, importância e objectivos do estudo

A revisão da literatura sobre a esperança refere e enfatiza o impacto positivo que esta tem no bem-estar físico e psicológico do ser humano (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002). De facto, várias investigações sustentam que a esperança é uma característica da personalidade humana positiva com valor significativo na vida do ser humano (Camon, 2003, citado Bianchini & Dell’Aglia, 2006; Holt, 2001, citado por Magão & Leal, 2001b; Lazarus, 1993, citado por Pais Ribeiro, 2006; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Martinez et al., 2007; Snyder et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007; Sousa & Rodrigues, 2008; Voitkane et al., 2006). Esta virtude humana positiva constitui-se como uma força inerente ao ser humano (Lange, 1982, citado por Pires, 2006), à qual este último pode recorrer em todas as suas experiências e vivências (Pires, 2006). Porém, é nas situações de maior angústia e *stress* que o ser humano apela e se apoia na esperança (Lange, 1982, citado por Pires, 2006), de modo a proporcionar a si próprio e aos outros uma vida saudável e digna (Lazure, 1996). Isto indica que o ser humano identifica a esperança como uma força valorizada de promoção de vida (Lazure, 1996).

Este reconhecimento fundamenta a relevância de estudar a esperança, tendo em conta o facto desta se anunciar de extrema importância na vida do ser humano, ajudando-o a lidar com as suas experiências e vivências, principalmente naquelas das quais emergem sentimentos negativos (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002). Assim sendo, torna-se importante investigar a esperança do ser humano, especialmente, a esperança daqueles seres humanos que estão constantemente expostos a acontecimentos adversos, dos quais advêm grandes cargas emocionais, que colocam a integridade do seu “eu” em causa pelo desgaste adicional e penoso que estes acontecimentos acarretam. Neste âmbito, elegeu-se os profissionais de saúde que prestam os seus serviços a doentes oncológicos por estarem constantemente expostos a experiências adversas, onde os riscos são marcantes e inevitáveis, tornando-se perigosos para o bem-estar destes.

Neste sentido, os objectivos deste estudo consistem em avaliar a esperança dos profissionais de saúde, designadamente, dos médicos e enfermeiros que exercem as suas funções laborais junto de doentes oncológicos e analisar quais as variáveis sócio-demográficas que podem estar associadas a esta dimensão, uma vez que esta população é confrontada com situações que muitas vezes dificultam o seu trabalho, por estas lhe acarretarem um grau significativo de sofrimento pessoal. No entanto, apesar de tal evidência, estando atribuído a estes profissionais a luta pela vida, e não sendo possível em todos os casos clínicos a prática curativa, a frustração instala-se e, muitas vezes, ganha superioridade face à esperança; embora esta evidência esteja em mudança com a prática paliativa, continua a ser fonte de ameaça à esperança dos profissionais de saúde. Considera-se que o conhecimento proveniente de uma perspectiva de investigação quantitativa, como se caracteriza este estudo, com fundamento nos dados já existentes, é enriquecedora e relevante para os propósitos do estudo de natureza qualitativa, que serão tratados no próximo capítulo, ou seja, compreender as experiências e vivências dos profissionais de saúde em contexto oncológico, o impacto físico e psicológico que estas acarretam no seu bem-estar e a que nível é que a esperança destes profissionais, um construto positivo e com potencial protector, contribui para o exercício da profissão e para o seu bem-estar, de acordo com a percepção dos próprios.

## **2. Participantes**

Os participantes constituem uma amostra intencional, na medida em que a população em estudo é constituída pelos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes oncológicos internados ou em ambulatório na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E (ULSAM, E.P.E). Assim, o universo conceptual é constituído pelos médicos e enfermeiros da Unidade de Oncologia e Medicina 1 do Departamento de Medicina da instituição hospitalar citada.

### **2.1. Critérios de inclusão vs. critérios de exclusão**

Todos os profissionais de saúde que exercem a profissão médica e de enfermagem na unidade de Oncologia e Medicina 1 do Departamento de Medicina da ULSAM, E.P.E foram susceptíveis de pertencerem à amostra, desde que voluntariamente quisessem

participar no estudo e prestassem cuidados de saúde a doentes oncológicos internados ou em ambulatório. Os profissionais de saúde que exercem uma profissão que não implique um envolvimento significativo com os doentes oncológicos e seus cuidadores, nomeadamente os auxiliares de acção médica e os técnicos de diagnóstico e terapêutica, foram excluídos da investigação, uma vez que não se apresentam como um grupo de risco tão significativo quanto os médicos e enfermeiros, devido à ausência ou limitação de vínculo profissional de saúde-doente-cuidadores, como também os seus desígnios não estarem dependentes da prática curativa ou paliativa, mas somente relacionados.

## **2.2. Caracterização dos participantes**

Nesta investigação participaram 63 profissionais de saúde, que compõem a equipa médica e de enfermagem da Unidade de Oncologia e Medicina 1 do Departamento de Medicina da ULSAM, E.P.E, dos quais 17 exercem Medicina e 46 Enfermagem. Os participantes do estudo apresentam idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, sendo predominantemente jovens adultos e adultos ( $M=36,44$ ;  $DP=10,40$ ). Representam uma amostra assimétrica face ao sexo, mas homogénea relativamente à nacionalidade, sendo todos os participantes de nacionalidade portuguesa. A maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto e provém de zonas urbanas. No que respeita o tempo de exercício da profissão<sup>3</sup>, constata-se que a maioria dos profissionais de saúde tem uma experiência profissional compreendida entre 1 mês e 10 anos (54% dos participantes), facto que também se observa relativamente à experiência profissional junto de doentes oncológicos (aproximadamente 61,9% dos participantes). O tempo médio de exercício da profissão dos participantes está compreendido entre 11 e 15 anos, enquanto que o tempo médio de experiência profissional junto de doentes oncológicos é menor, sendo este compreendido entre 7 e 9 anos.

É de salientar que esta amostra é claramente distorcida, na medida em que a maioria dos participantes é de sexo feminino e exerce a profissão de Enfermagem. No Quadro 1 são apresentadas as características gerais dos participantes em estudo.

---

<sup>3</sup> Devido à dispersão observada quanto ao tempo de exercício da profissão, optou-se por criar categorias, de 5 em 5 anos, desde 1 mês a 40 anos. Pela mesma razão também se optou por criar categorias, de 3 em 3 anos, desde ausência de experiência a 36 anos para o tempo de exercício da profissão em Oncologia, sendo que esta ausência se refere ao tempo de experiência profissional em Oncologia dos profissionais de saúde que foram transferidos para esta unidade no mês correspondente à recolha de dados.

**Quadro 1.** Características sócio-demográficas da amostra ( $N=63$ )

| Características sócio-demográficas | Medidas  |      |
|------------------------------------|----------|------|
|                                    | <i>n</i> | %    |
| Profissão                          |          |      |
| Médicos                            | 17       | 27   |
| Enfermeiros                        | 46       | 73   |
| Sexo                               |          |      |
| Feminino                           | 49       | 77,8 |
| Masculino                          | 14       | 22,2 |
| Nacionalidade                      |          |      |
| Portuguesa                         | 63       | 100  |
| Estado civil                       |          |      |
| Solteiro                           | 19       | 30,2 |
| Casado/união de facto              | 41       | 65,1 |
| Divorciado/separado                | 2        | 3,2  |
| Viúvo                              | 1        | 1,6  |
| Proveniência                       |          |      |
| Meio rural                         | 27       | 42,9 |
| Meio urbano                        | 36       | 57,1 |

### 3. Material

De modo a obter a informação necessária para a realização da presente investigação recorreu-se a dois instrumentos de recolha de dados. Assim, utilizou-se um questionário sócio-demográfico construído para o efeito pela autora e um instrumento de avaliação, intitulado “Escala de Esperança” ou “Escala de Futuro”, adaptado e aferido ao contexto português.

#### 3.1. Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico permitiu recolher os dados pessoais de cada participante que constitui a amostra, com o intuito de registar as variáveis necessárias para a caracterização da mesma, nomeadamente: idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência, nacionalidade, tempo que exerce a sua profissão e, finalmente, tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos (cf. Anexo A).

### 3.2. Escala de Esperança

A Escala de Esperança, também designada Escala de Futuro, visa avaliar a esperança em adultos (cf. Anexo B). O construto avaliado, a esperança, é considerado pelos autores originais, Snyder e colaboradores (1991, citado por Pais Ribeiro, 2007), um conceito disposicional, embora reconheçam que este possa ser alterado ao longo do tempo, mediante intervenção. É um conceito com ênfase cognitiva, mas onde as emoções são relevantes, tendo em conta que estas reflectem o nível de percepção do indivíduo numa situação particular (Pais Ribeiro, 2007). A presente escala baseia-se na teoria defendida por Snyder, integrando dois componentes, um motivacional e outro de competência para gerar os caminhos ou as vias para alcançar o pretendido (Pais Ribeiro, 2007).

A Escala de Esperança da autoria de Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon e colaboradores, datada de 1991, foi adaptada e aferida, com confirmação psicométrica (consistência interna) ao contexto português com base em dois estudos, ambos divulgados em 2006. O primeiro estudo de adaptação e aferição da Escala de Esperança, da autoria de Pais Ribeiro, Pedro e Marques, realizou-se com uma amostra clínica e foi apresentado no 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. O segundo estudo de adaptação e aferição, da autoria de Marques e Pais Ribeiro, realizou-se com uma amostra por conveniência (clínica e não clínica) e foi apresentado na 3<sup>rd</sup> *European Conference on Positive Psychology*.

Ambos os estudos citados permitem descrever a escala quanto às suas características estruturais e propriedades psicométricas, uma vez que estas foram testadas em termos de fidelidade e validade do construto. O primeiro estudo de adaptação e aferição da Escala de Esperança, com uma amostra clínica, teve como população-alvo doentes com esclerose múltipla, sendo para tal submetida a um processo de tradução rigoroso. Os autores verificaram a presença de dois factores que explicam 64,33% da variância total. A consistência interna apresenta valores de *Alpha* de Cronbach de 0,79 para o factor “caminhos” e de 0,76 para o factor “iniciativa”, enquanto para a escala global ostenta valores de 0,86. Na versão original e para diferentes amostras, Snyder e colaboradores (1991, citado por Pais Ribeiro et al., 2006) encontraram valores de *Alpha* de Cronbach

entre 0,74 e 0,84 para a escala total, entre 0,63 e 0,80 para o factor “caminhos” e entre 0,71 e 0,76 para o factor “iniciativa”. Deste modo, constata-se que a versão portuguesa da escala tende a ostentar valores de consistência interna superiores à escala original (Pais Ribeiro et al., 2006).

No segundo estudo de adaptação e aferição da Escala de Esperança, após um processo de tradução consistente, os autores verificaram a presença de dois factores que explicam 53,09% da variância total, tendo o primeiro factor, “caminhos”, e o segundo factor, “iniciativa”, valores factoriais entre 0,56 e 0,78 e 0,54 e 0,79, respectivamente. Assim sendo, esta escala revela uma adequada consistência interna com um coeficiente *Alpha* de Cronbach equivalente a 0,75 para a escala global, sendo que a versão original exhibe coeficientes de *Alpha* de Cronbach entre 0,74 e 0,88 a partir de diferentes amostras (Marques & Pais Ribeiro, 2006). Quando tratados separadamente, os dois factores, também apresentam consistência interna com um coeficiente *Alpha* de Cronbach de 0,69 para o factor “caminhos” e de 0,66 para o factor “iniciativa”, sendo que o primeiro na versão original oscila entre 0,63 e 0,86 e o segundo entre 0,70 e 0,84 em diferentes amostras. A correlação existente entre ambos os factores é equivalente a 0,45, valor considerável, tendo em conta que a versão original apresenta correlações entre 0,38 e 0,69 para amostras diferentes. Também se constata correlações que explicam a variância da pontuação total, na medida em que o factor “caminhos” se correlaciona com a escala total em 0,87 e o factor “iniciativa” em 0,83 (Marques & Pais Ribeiro, 2006). Assim sendo, conclui-se que a versão portuguesa da Escala de Esperança mostra propriedades psicométricas semelhantes à versão original, indicando fidelidade para ser utilizada como instrumento de medida (Marques & Ribeiro, 2006; Pais Ribeiro et al., 2006).

Aquando da sua aplicação, a presente escala deve-se designar de “Escala de Futuro”. É constituída por 12 itens, oito itens que avaliam a esperança, dos quais quatro avaliam a “iniciativa” e os outros quatro os “caminhos”, sendo que os restantes representam distractores (Pais Ribeiro et al., 2006). É solicitado aos sujeitos a leitura de cada pergunta e respectiva resposta, que consiste em atestar se a afirmação se aplica a si numa escala ordinal, de oito pontos, entre totalmente falso (=1) e totalmente verdade (=8) (Marques & Ribeiro, 2006; Pais Ribeiro et al., 2006; Pais Ribeiro, 2007). A escala

faculta três notas, uma de esperança global resultante da soma de todos os itens, mais uma nota por cada dimensão da esperança resultante da soma do grupo de quatro itens que compõem cada uma delas (Pais Ribeiro et al., 2006; Pais Ribeiro, 2007). Contudo, os autores da versão original defendem que a avaliação da esperança deve englobar ambas as dimensões e que não faz sentido avaliar estas últimas separadamente; embora exista essa possibilidade (Snyder, 2000). Assim, a presente investigação assume a defesa dos autores originais, considerando somente a nota global da escala que oscila entre índices de esperança de 12 a 96 valores, sendo que índices elevados equivalem a níveis mais elevados de esperança.

#### **4. Procedimento**

A realização do presente estudo exigiu o consentimento da Comissão de Ética da instituição hospitalar para a sua implementação. Por este motivo, a fase inicial consistiu no contacto por escrito com o Presidente do Conselho de Administração da ULSAM, E.P.E<sup>4</sup>, no sentido de serem apresentados os objectivos e procedimentos do estudo e averiguadas as possibilidades de realização do mesmo. Assim sendo, junto ao contacto por escrito anexou-se a proposta de investigação e os instrumentos que seriam utilizados para a recolha de dados (cf. Anexo C). Nesta proposta foi igualmente explicado que o processo de recolha de dados se realizava faseadamente, sendo que, numa primeira fase, seriam recolhidos os dados referentes ao estudo quantitativo e, numa segunda, os dados relativos ao estudo qualitativo. Deste modo, a autorização concedida pela Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E é relativa a ambos os estudos (cf. Anexo D).

Numa fase seguinte, após a obtenção da autorização para a realização do estudo, estabeleceu-se contacto com o Director e Enfermeiro responsável pelo Departamento de Medicina, como também, com o Director e Enfermeiros chefes do Serviço de Medicina 1 e Unidade de Oncologia, com o intuito de explicar os objectivos, a pertinência e os procedimentos do estudo. Pretendeu-se ainda com este contacto identificar formalmente o número de potenciais participantes.

---

<sup>4</sup> Salva-se que, durante o período de tempo que decorreu entre o pedido de realização do presente trabalho teórico-empírico, datado de 31 de Julho de 2008 e o consentimento do mesmo, datado de 9 de Fevereiro de 2009, a instituição hospitalar alvo adoptou uma nova designação, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E, abdicando, assim, da denominação de Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.

Autorizações obtidas, iniciou-se a investigação, solicitando por escrito a cada participante a sua colaboração voluntária, através do consentimento informado de cada participante (cf. Anexo E), como previsto pelos Códigos de Ética e pela Declaração de Helsínquia, garantindo-se, assim, a confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização somente para fins deste estudo empírico. Recolheu-se igualmente os dados pessoais de cada participante, através do questionário sócio-demográfico, com o intuito de registar as variáveis necessárias para a realização da caracterização dos participantes. Simultaneamente, administrou-se a Escala de Esperança, através da qual se avaliou a esperança dos profissionais de saúde, objectivando, assim, um dos propósitos deste estudo. A autorização para a utilização desta escala foi previamente obtida, através de contacto electrónico, junto de dois autores responsáveis pela adaptação e aferição ao contexto português (cf. Anexo F).

De modo a obter a amostra presente neste estudo, foram necessários vários encontros com os enfermeiros chefes do Serviço de Medicina 1 e Unidade de Oncologia, uma vez que ficou estabelecido que estes últimos ficariam responsáveis pela recolha de dados nas reuniões semanais, evitando, assim, possíveis incómodos e transtornos durante o horário laboral destinado à prestação de cuidados médicos e de enfermagem juntos dos doentes. Neste sentido, entregou-se aos enfermeiros chefes envolvidos os instrumentos acima citados, para serem distribuídos pelos médicos e enfermeiros que demonstraram interesse em participar, facultando o contacto da investigadora para o esclarecimento de eventuais dúvidas, sobretudo quando a recolha ocorreu sem a sua presença (cf. Anexo G). Os instrumentos foram entregues em envelopes e para atestar a confidencialidade da informação, depois de preenchidos, estes eram colocados e encerrados pelos próprios participantes nos respectivos envelopes, sendo que nestes não constava qualquer tipo de inscrição ou rasura que permitisse uma identificação por alguém alheio à investigação. Os envelopes foram entregues aos enfermeiros chefes ou à investigadora aquando da sua presença.

A recolha de dados foi efectuada faseadamente, durante aproximadamente 2 meses, devido ao facto dos horários dos participantes deste estudo serem por escalas, havendo necessidade de aguardar pelo término do período de férias dos profissionais de saúde e pela rotatividade de turnos, na medida em que a recolha de dados se efectuou no turno

diurno (das 8h00 às 16h00) a pedido da Direcção Clínica da Administração da ULSAM, E.P.E.

## 5. Apresentação dos resultados

Os objectivos do presente estudo quantitativo, tal como determinaram a escolha dos instrumentos, também elegeram a metodologia a utilizar e respectivas técnicas. Assim, utilizou-se técnicas de análise quantitativa para o tratamento de dados, recorrendo-se a um programa informático designado *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0 for Windows)*, através do qual se executou uma análise estatística descritiva e inferencial das variáveis em estudo (Martins, 2002a; Pereira, 2004a).

Assim sendo, a organização da informação obtida através dos instrumentos acima descritos consistiu em codificar as questões fechadas de acordo com a categorização das variáveis, como também, na categorização do conteúdo das questões abertas e na subsequente quantificação. Neste âmbito, introduziu-se no *SPSS 16.0 for Windows* as variáveis em estudo, a citar: idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência, nacionalidade, tempo que exerce a sua profissão, tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos e os dados relativos à Escala de Esperança, com o intuito de executar a análise estatística descritiva e inferencial. Os resultados obtidos nesta análise são a nível exploratório, uma vez que, após pesquisa, desconhece-se a existência de investigações com propósitos semelhantes.

Neste sentido, com o intuito de responder aos objectivos da presente investigação, como acima referido, recorreu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial, na medida em que esta última permitiu uma análise das relações entre as variáveis e o estudo da diferença entre grupos, obtendo-se, assim, os resultados pretendidos. Salienta-se que estes são apresentados em termos de distribuição de frequências e comparação de médias, obtidos através dos testes estatísticos paramétricos: *Independent-Samples T Test* (Símbolo matemático  $t$ ) e *One Way Anova* (Símbolo matemático  $F$ ), que permitiram contestar uma possível associação entre as variáveis sócio-demográficas e a esperança dos profissionais de saúde. Através do teste *Independent-Samples T Test*, testou-se as diferenças entre duas situações para uma variável e com o teste *One Way Anova* testou-

se as diferenças entre um número superior a duas situações para uma variável. Realça-se que, aquando do recurso ao teste estatístico paramétrico *One Way Anova*, seleccionou-se o teste *Post Hoc – Scheffé*, o que permitiu avaliar a existência de diferenças estatísticas entre as diversas médias a um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) (Maroco & Bispo, 2005; Silva, 1994).

### 5.1. Análise descritiva da variável em estudo: A esperança

A esperança dos médicos e enfermeiros que prestam cuidados de saúde a doentes oncológicos, avaliada através da Escala de Esperança, adaptada e aferida ao contexto português com confirmação psicométrica, varia entre índices de esperança de 48 a 85 valores ( $M=67,62$ ;  $DP=7,50$ ) (cf. Quadro 2). Observou-se que 61 profissionais de saúde (96,83% dos participantes) apresentam índices de esperança superiores ao ponto médio da escala (54 valores), sendo que os restantes não ostentam valores muito afastados do ponto médio. Isto, permite inferir, que apesar da discrepância entre o valor mínimo e máximo observado ser de 37 valores, os profissionais de saúde apresentam-se com valores de esperança razoáveis, principalmente porque o contexto onde exercem a sua profissão é potencialmente gerador de índices baixos de esperança pelas características que lhe são peculiares.

**Quadro 2.** Esperança dos médicos e enfermeiros de uma unidade oncológica

| Características      | Abaixo da média<br>( $< 60,12$ ) |       | Média (67,62);<br>Desvio-padrão (7,50) |       | Acima da média<br>( $> 75,29$ ) |       |
|----------------------|----------------------------------|-------|--|-------|---------------------------------|-------|
|                      | <i>N</i>                         | %     | <i>N</i>                               | %     | <i>N</i>                        | %     |
| Índices de Esperança | 9                                | 14,29 | 45                                     | 71,43 | 9                               | 14,29 |

### 5.2. Análise inferencial das variáveis em estudo

De modo a observar se a variável esperança se encontra associada às variáveis sócio-demográficas dos médicos e enfermeiros em estudo, elaborou-se uma análise estatística inferencial, recorrendo aos testes *Independent-Samples T Test* e *One Way Anova*, que

permitiu objectivar o segundo e último objectivo da presente investigação (cf. Anexo H).

Os resultados obtidos através do teste estatístico paramétrico *Independent-Samples T Test* ( $t(61)=1,839$ ;  $p=0,71$ ) apontam no sentido de se verificar que o género dos participantes não se associa à esperança dos médicos e enfermeiros que exercem a sua profissão junto de doentes oncológicos. No factor esperança, a graduação média do sexo feminino do inquirido foi de 68,53 valores ( $DP=7,06$ ), enquanto que no sexo masculino foi igual a 64,43 valores ( $DP=8,37$ ). Porém, é pertinente salientar de novo que a amostra em estudo se encontra claramente distorcida, uma vez que a maioria dos participantes são de sexo feminino, o que pode interferir nestes resultados (cf. Quadro H1).

Resultados semelhantes foram obtidos relativamente à idade do inquirido. O teste estatístico paramétrico *One Way Anova* ( $F(1, 248)=1,459$ ,  $p=0,145$ ) permitiu verificar que a idade não se encontra associada à esperança dos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde a doentes oncológicos internados ou em ambulatório (cf. Quadro H2).

No que concerne o factor estado civil do inquirido, recorrendo-se ao teste estatístico paramétrico *One Way Anova* ( $F(1,248)=2,241$ ;  $p=0,093$ ), constatou-se que este não se encontra associado à esperança dos profissionais de saúde que trabalham em contexto oncológico (cf. Quadro H3). No factor estado civil, a graduação média dos solteiros, dos casados/união de facto, dos divorciados/separados e dos viúvos foi equivalente a 69,42 valores ( $DP=7,82$ ), 66,24 valores ( $DP=7,00$ ), 78,00 valores ( $DP=8,49$ ) e 69,00 valores ( $DP=0,00$ ) respectivamente.

Quanto ao factor profissão, com base no teste estatístico paramétrico *Independent-Samples T Test* ( $t(61)=-1,042$ ;  $p=0,301$ ), observou-se que a esperança dos profissionais de saúde em estudo não se associa a este factor, o que permitiu inferir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a esperança dos médicos e dos enfermeiros, que prestam cuidados de saúde. No factor profissão, a graduação média dos médicos foi de 66,00 valores ( $DP=7,32$ ) e a dos enfermeiros foi igual a 68,22

valores ( $DP=7,55$ ). Porém, é pertinente salientar novamente que a amostra em estudo se encontra claramente distorcida, uma vez que a maioria dos participantes exercem enfermagem, o que pode interferir nestes resultados (cf. Quadro H4).

No que respeita o meio de proveniência dos participantes, através do teste estatístico paramétrico *Independent-Samples T Test* ( $t(61)=0,111$ ;  $p=0,912$ ), constatou-se que o meio de proveniência não se encontra associada à esperança dos médicos e enfermeiros em estudo. Neste factor, a graduação média do meio rural é de 67,74 valores ( $DP=6,57$ ), enquanto que a do meio urbano é de 67,53 valores ( $DP=8,22$ ) (cf. Quadro H5).

Os resultados alcançados através do teste estatístico paramétrico *One Way Anova* ( $F(1,248)=1,594$ ;  $p=0,157$ ) permitiram verificar que o tempo de exercício da profissão não se encontra associado à esperança dos médicos e enfermeiros em estudo. Deste modo, constata-se que estes profissionais, apesar dos anos de experiência laboral junto de doentes não têm a sua esperança comprometida devido a este factor (cf. Quadro H6).

Através do teste estatístico paramétrico *One Way Anova* ( $F(1,248)=0,718$ ;  $p=0,704$ ), observou-se que o tempo de serviço junto de doentes oncológicos não se encontra associado à esperança dos médicos e enfermeiros que prestam cuidados em Oncologia (cf. Quadro H7), o que indicia que estes profissionais, apesar de serem confrontados com o sofrimento e as angústias dos doentes oncológicos, têm competências para lidar com estas situações adversas, não se deixando influenciar consideravelmente por estas situações. Esta realidade embora se limite a uma unidade oncológica de um hospital, sendo, subsequentemente, limitativa em termos do tamanho da amostra, permite inferir que a esperança destes profissionais de saúde não sofreu influência pelo contacto directo com os doentes oncológicos e respectivos cuidadores, mesmo estando confrontados constantemente com experiências e vivências stressantes e negativamente marcantes.

## **6. Discussão dos resultados**

Os resultados do presente estudo revelam-se extremamente pertinentes, merecendo especial atenção, porque se trata de um estudo de cariz exploratório quanto aos seus objectivos.

Os resultados providenciam que a esperança dos profissionais de saúde que prestam cuidados médicos e de enfermagem em contexto oncológico, apesar das características peculiares que esta área detém, não se encontra excessivamente debilitada, uma vez que apenas uma minoria demonstrou índices de esperança inferiores ao ponto médio da escala. Esta realidade pode estar associada ao facto da esperança, como virtude humana, se constituir como um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a experiência e a vivência de emoções negativas perante a adversidade, tal como se caracteriza o contexto oncológico, assumindo-se como indicador de bem-estar do ser humano (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002).

Os resultados obtidos permitiram ainda verificar que nenhuma das variáveis sócio-demográficas estudadas: idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência, tempo que exerce a sua profissão e, finalmente, tempo de serviço junto de doentes oncológicos, se encontra associada aos índices de esperança dos médicos e enfermeiros que prestam serviços de saúde a doentes oncológicos. Assim sendo, pode-se inferir que a esperança dos profissionais de saúde não se encontra associada às variáveis sócio-demográficas em estudo, mesmo daquelas que a literatura indica como potenciadoras de baixos índices de esperança, tais como, o tempo de exercício da profissão e sobretudo, o tempo de serviço junto de doentes oncológicos, devido à Oncologia ser uma área em que os profissionais de saúde estão expostos permanentemente a situações adversas, podendo estes últimos tornarem-se vulneráveis a nível físico e psicológico, colocando a integridade do seu “eu” em causa (Labate & Cassorla, 1999; Lazure, 1996; Mota et al., 2006; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Esta observação permite inferir que as oscilações dos índices de esperança dos profissionais que prestam cuidados de saúde a doentes oncológicos se devem a outros factores não estudados neste estudo.

Concluiu-se assim que, apesar destes profissionais se confrontarem no dia-a-dia, de forma intensiva, com o sofrimento alheio, estando susceptíveis de sofrer consequências físicas e psicológicas negativas, conseguem manter índices de esperança positivos. Esta situação pode ser reveladora neste âmbito, uma vez que existem vários estudos que

sustentam e enfatizam a positividade da esperança aquando da prestação de cuidados. Assim, a presença desta dimensão nos profissionais de saúde ao longo do exercício das suas profissões contribui fortemente para o restabelecimento de uma qualidade de vida a que todo o ser humano aspira, quer na prática curativa como na prática paliativa.

Por fim, resta apenas salvaguardar o interesse que existe em estudar a esperança como característica humana positiva e forma inovadora e completar de delimitar a experiência e a vivência de emoções negativas perante a adversidade, sendo essencial dar continuidade a estudos deste cariz. É com base neste fundamento que o próximo estudo de natureza qualitativa pretende focalizar-se na experiência vivida e subjectiva dos profissionais de saúde que exercem funções numa Unidade de Oncologia, dando voz aos próprios, de modo a compreender se a esperança destes profissionais de saúde, um construto positivo e com potencial protector, contribui para o exercício da profissão médica e de enfermagem e para o bem-estar destes profissionais.

## **CAPÍTULO II**

### **ESTUDO QUALITATIVO**

## **1. Fundamentação, importância e objectivos do estudo**

A literatura sobre a esperança tem vindo a conceder uma ênfase expressiva a esta virtude humana positiva pelos atributos que apresenta para o ser humano. De facto, este reconhecimento tem levado diversos autores a debruçarem as suas investigações nas mais diversificadas áreas, inclusive na saúde, tendo em conta que a esperança como característica positiva da personalidade e objecto de estudo da Psicologia Positiva testemunha e contribui para o florescimento e o funcionamento saudável dos indivíduos (Camon, 2003, citado Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Groopman, 2004; Holt, 2001, citado por Magão & Leal, 2001b; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Lazarus, 1993, citado por Pais Ribeiro, 2006; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Martinez et al., 2007; Paludo & Koller, 2007; Snyder et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007; Sousa & Rodrigues, 2008; Voitekane et al., 2006).

No entanto, apesar do aumento significativo de estudos neste âmbito, constata-se que os profissionais de saúde são menosprezados aquando do estudo da esperança. Este número crescente de estudos direcciona-se sobretudo para os doentes e seus cuidadores, excluindo os profissionais de saúde, apesar destes se revelarem primordiais no processo de restabelecimento da saúde dos doentes e na promoção de esperança nestes e seus cuidadores (Pereira, 2004b). Neste sentido, torna-se relevante estudar a esperança desta população, principalmente porque o cuidar tem um custo para o profissional de saúde, uma vez que quem ouve e assiste a histórias de dor e sofrimento também sofre (Figley, 1995, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003). Assim sendo, devido à exposição a situações adversas e potencialmente traumáticas em contexto laboral, os profissionais de saúde da área da Medicina e de Enfermagem que prestam cuidados de saúde em Oncologia encontram-se na eminência de sofrer física e psicologicamente (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Porém, sendo a esperança um construto positivo, com potencial terapêutico e primordial para uma vida saudável, torna-se fundamental dar voz aos profissionais de saúde, de modo a que estes expressem e se compreenda a sua própria esperança e o seu contributo para o exercício da sua profissão e para o seu próprio bem-estar.

Neste sentido, este estudo de carácter qualitativo visa dar continuidade à perspectiva de investigação quantitativa. Este estudo insere-se numa perspectiva construtivista e assume-se numa abordagem indutiva de construção de conhecimento (Fernandes, 2001). Isto significa que, a partir dos resultados obtidos no estudo quantitativo anterior, a presente pesquisa visa focalizar-se na experiência vivida e subjectiva dos seus participantes: os profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes oncológicos internados ou em ambulatório e que se relacionam em maior ou menor grau com os cuidadores destes últimos.

Assim sendo, o objectivo geral deste estudo qualitativo é a compreensão aprofundada das experiências e vivências dos participantes em relação à prática profissional e o papel que a esperança destes detém no seu bem-estar e na sua prática profissional. Para tal, assenta em três objectivos específicos: (1) compreender as experiências e vivências associadas à prática laboral dos profissionais de saúde; (2) analisar o impacto físico e psicológico que estas experiências e vivências causam no seu bem-estar; e (3) a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde contribui para o exercício da sua profissão e para o seu bem-estar neste contexto, uma vez que este acarreta um desgaste adicional significativo nesta população.

## **2. Participantes**

Os participantes constituem uma amostra intencional, na medida em que a população em estudo é constituída pelos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde em Oncologia na ULSAM, E.P.E e que exibem índices de esperança baixos e elevados, sendo este dado obtido no estudo quantitativo anteriormente realizado. Neste sentido, este universo conceptual é constituído por 10 médicos e enfermeiros da Unidade de Oncologia e Medicina 1 do Departamento de Medicina da instituição hospitalar citada e que apresentam índices de esperança díspares, formando dois grupos equitativos em termos de número de participantes, com 5 profissionais de saúde cada grupo. Assim, a amostra é constituída por um grupo de profissionais de saúde que apresenta os índices de esperança mais baixos e um outro grupo que exhibe os índices de esperança mais elevados, sendo que, segundo os resultados do estudo quantitativo apresentado, equivale a índices de esperança inferiores a 65 e superiores a 72 valores, respectivamente.

## **2.1. Critérios de inclusão vs. critérios de exclusão**

Todos os profissionais de saúde que exercem a profissão médica e de enfermagem na Unidade de Oncologia e Medicina 1 do Departamento de Medicina da ULSAM, E.P.E e que apresentam índices de esperança mais baixos (inferior a 65 valores) e índices de esperança mais elevados (superior a 72 valores) foram susceptíveis de pertencerem à amostra, desde que voluntariamente quisessem participar no estudo, autorizassem a recolha de dados através de uma gravação áudio ou audiovisual e prestassem cuidados de saúde a doentes oncológicos internados ou em ambulatório. A opção pelos índices de esperança díspares (índices baixo vs. alto) deve-se ao interesse em observar se existem diferenças relativamente às experiências e vivências dos participantes e ao papel que a esperança destes últimos tem em si próprios e na sua prática profissional. Assim, constitui critério de exclusão exibir esperança moderada, com níveis de esperança entre 65 e 72 valores, na medida em que a obtenção de um terceiro grupo parece desprezível do ponto de vista da interpretação dos resultados, dado que originaria a existência de um grupo residual alheio à representatividade da amostra pretendida, tendo em conta que possuem valores próximos da média ( $M=67,62$ ;  $DP=7,50$ ) e não apresentam índices de esperança com os valores mínimos e máximos obtidos no estudo quantitativo anterior.

## **2.2. Caracterização dos participantes**

Neste estudo participaram 10 profissionais de saúde, que se encontram integrados na equipa médica e de enfermagem do Departamento de Medicina (Unidade de Oncologia e Medicina 1) da ULSAM, E.P.E, dos quais 1 participante exerce medicina e 9 exercem enfermagem. Os participantes são predominantemente jovens adultos e adultos, com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos ( $M=35,50$ ;  $DP=11,00$ ). Representam uma amostra assimétrica face ao sexo, mas homogénea relativamente à nacionalidade, sendo todos os participantes de nacionalidade portuguesa. A maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto e provem de zonas urbanas. No que respeita o tempo de exercício da profissão, constata-se que os profissionais de saúde têm uma experiência profissional díspar, de 1 mês até 35 anos, facto que também se verifica relativamente à experiência profissional em Oncologia, sendo que a maioria detém uma experiência profissional neste contexto entre 1 mês e 6 anos (70% dos participantes).

Os 10 participantes da presente amostra formaram dois subgrupos, constituídos por 5 participantes cada, em que o principal critério de selecção foi terem apresentado índices de esperança baixos e índices de esperança elevados no estudo quantitativo apresentado anteriormente. Deste modo, torna-se essencial caracterizar cada subgrupo, com base nos dados sócio-demográficos dos participantes e respectivos índices de esperança.

O subgrupo de participantes com índices de esperança baixos é constituído por 5 profissionais de saúde, maioritariamente enfermeiros, com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos ( $M=37,80$ ;  $DP=13,99$ ). Representam uma amostra comparativamente equitativa face ao sexo e ao estado civil, homogénea quanto à nacionalidade, mas heterogénea no que respeita o meio de proveniência, sendo a maioria dos participantes provenientes de zonas urbanas. No que concerne o tempo de exercício da profissão, observou-se que os profissionais de saúde têm uma experiência profissional díspar, de 1 mês até 35 anos, em contrapartida os profissionais de saúde têm uma experiência profissional em Oncologia relativamente curta, uma vez que a maioria detém uma experiência neste âmbito de 1 mês até 6 anos, em compensação com a experiência profissional que se anuncia muito mais vasta. No que se refere aos índices de esperança, os profissionais de saúde que apresentaram índices de esperança baixos detêm uma esperança média de 61,20 valores ( $DP=3,70$ ), com índices que oscilam entre 56 e 65 valores.

O subgrupo de participantes com índices de esperança elevados é constituído por 5 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 28 e os 46 anos ( $M=33,20$ ;  $DP=7,95$ ). Representam uma amostra assimétrica face ao sexo, com apenas um participante de sexo masculino, mas homogénea relativamente à nacionalidade. Estes participantes não apresentam grande disparidade no que concerne o estado civil e o meio de proveniência, observando-se alguma equidade na distribuição dos participantes relativamente a serem solteiros, casados/união de facto e divorciados/separados e entre o meio rural e urbano. No que respeita o tempo de exercício da profissão, constata-se que os profissionais de saúde têm uma experiência profissional díspar, de 1 mês até 25 anos, em contrapartida os profissionais de saúde têm uma experiência profissional em Oncologia menor, entre 1 mês e 12 anos. No que se refere à esperança, estes profissionais de saúde apresentam um índice de esperança médio de 76,40 valores ( $DP=5,03$ ), com índices que oscilam

entre 72 e 85 valores. O Quadro 3 apresenta os dados sócio-demográficos da amostra em estudo ( $N=10$ ), assim como os dados sócio-demográficos dos participantes pertencentes ao subgrupo com índices de esperança mais baixos ( $N=5$ ) e ao subgrupo com índices de esperança mais elevados ( $N=5$ ).

**Quadro 3.** Características sócio-demográficas da amostra ( $N=10$ ) e dos subgrupos com índices de esperança mais baixos ( $N=5$ ) e mais elevados ( $N=5$ )

| Características sócio-demográficas | $N=10$ |     | Medidas                    |     |                            |     |
|------------------------------------|--------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|-----|
|                                    | $n$    | %   | $N=5$<br>( $< 65$ valores) |     | $N=5$<br>( $> 72$ valores) |     |
|                                    | $n$    | %   | $n$                        | %   | $n$                        | %   |
| Profissão                          |        |     |                            |     |                            |     |
| Médicos                            | 1      | 10  | 1                          | 20  | .                          | .   |
| Enfermeiros                        | 9      | 90  | 4                          | 80  | 5                          | 100 |
| Sexo                               |        |     |                            |     |                            |     |
| Feminino                           | 7      | 70  | 3                          | 60  | 4                          | 80  |
| Masculino                          | 3      | 30  | 2                          | 40  | 1                          | 20  |
| Nacionalidade                      |        |     |                            |     |                            |     |
| Portuguesa                         | 10     | 100 | 5                          | 100 | 5                          | 100 |
| Estado civil                       |        |     |                            |     |                            |     |
| Solteiro                           | 4      | 40  | 2                          | 40  | 2                          | 40  |
| Casado/união de facto              | 5      | 50  | 3                          | 60  | 2                          | 40  |
| Divorciado/separado                | 1      | 10  | .                          | .   | 1                          | 20  |
| Proveniência                       |        |     |                            |     |                            |     |
| Meio rural                         | 3      | 30  | 1                          | 20  | 2                          | 40  |
| Meio urbano                        | 7      | 70  | 4                          | 80  | 3                          | 60  |

### 3. Material

O instrumento utilizado para recolher a informação necessária para a realização do presente estudo foi uma entrevista semi-estruturada direccionada aos participantes e focalizada no tema da dissertação e objectivo deste estudo.

#### 3.1. Entrevista semi-estruturada

Para objectivar os propósitos deste estudo, elegeu-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados, de modo a alcançar um maior e melhor nível de sensibilidade e de análise (Reuchlin, 1986). Através desta entrevista, visou-se dar

resposta às questões de investigação formuladas, sendo que, de acordo com Lodi (1981, citado por Fortin, 1999) e May (2004), este método de recolha de dados baseado essencialmente na comunicação verbal permite elucidar padrões de vida e características dos indivíduos, auferindo-se, assim, informação e outra percepção de uma mesma realidade.

Assim, de modo a recolher a informação para a objectivação deste estudo e garantir a coerência das entrevistas, elaborou-se um guião de entrevista semi-estruturada, que embora flexível à experiência e presença idiossincrática dos entrevistados, permitiu delimitar a pesquisa e concretizar os objectivos desta (cf. Anexo I).

#### **4. Procedimento**

O presente estudo qualitativo exigiu, tal como o estudo quantitativo, o consentimento da Comissão de Ética da instituição hospitalar para a sua implementação, sendo os dois pedidos de autorização solicitados em simultâneo, como indicado no capítulo anterior. Assim, a autorização concedida pela Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E é respeitante a ambos os estudos: estudo quantitativo e estudo qualitativo (cf. Anexo D).

Salvaguarda-se que o consentimento informado de cada participante para este estudo foi solicitado aquando da primeira abordagem junto deste, na medida em que no início da realização do estudo de carácter quantitativo foi explicado aos participantes que esta investigação pressupunha dois momentos distintos: um estudo quantitativo e um estudo qualitativo. Assim, o consentimento informado de cada participante é relativo a ambos os estudos (cf. Anexo E), tal como acontece com a autorização facultada pela Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E, sendo assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização apenas para fins deste estudo.

Com base nos resultados obtidos no estudo quantitativo e de modo a objectivar a presente investigação, procurou-se verificar os dados sócio-demográficos de cada participante junto dos próprios aquando da recolha de dados do presente estudo, uma vez que não se justificou importunar os participantes, que gentilmente se voluntariaram e contribuíram nesta investigação, principalmente, porque estes dados já haviam sido

recolhidos aquando da realização do estudo quantitativo e não sendo estes, à partida, variáveis devido ao tempo reduzido entre a realização dos estudos, recorreu-se aos dados sócio-demográficos já obtidos e respeitantes aos participantes deste estudo. No entanto, cada participante foi questionado sobre a possibilidade de existir alterações relativas aos seus dados sócio-demográficos, sendo estas executadas quando necessário. Salienta-se que apenas se constatou uma alteração, relativamente a uma variável sócio-demográfica, o estado civil, em que se alterou a opção de solteiro para casado, com o consentimento do participante. Deste modo, verificando-se apenas uma alteração quanto aos dados sócio-demográficos dos participantes, parte-se do pressuposto que esta não implica resultados estatisticamente significativos entre a esperança e as variáveis sócio-demográficas estudadas, tendo em conta que existe uma probabilidade muito reduzida para que tal aconteça. De seguida, entrevistou-se os profissionais de saúde, recorrendo-se à entrevista semi-estruturada.

A recolha de dados foi efectuada faseadamente, durante um mês aproximadamente, devido ao facto dos horários dos participantes serem por escalas, havendo necessidade de aguardar pela rotatividade de turnos e pela disponibilidade dos próprios, uma vez que a recolha de dados efectuou-se após o agendamento das entrevistas junto dos próprios participantes por contacto telefónico.

A entrevista aos participantes decorreu numa sala tranquila, isenta de interrupções, o que facilitou o seu decorrer, com duração média de 30 minutos cada. A entrevista semi-estruturada foi filmada ou gravada, dependendo do consentimento informado de cada participante. Este pedido visou evitar que o investigador perdesse informação ao tomar notas do que é dito pelos participantes, permitindo que este se concentre na entrevista e no registo dos comportamentos não-verbais. Nos casos em que a entrevista foi gravada, antes do seu início, solicitou-se autorização verbal aos participantes para anotar os seus comportamentos não-verbais, na medida em que estes se tornam pertinentes, aquando da análise de dados, embora no presente estudo, estes só tenham sido notórios aquando da definição do construto esperança. Os participantes autorizaram verbalmente a tomada de notas por parte do investigador, não colocando questões nem objecções. Após a recolha das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas, obtendo-se um registo que foi analisado *à posteriori* (Fonte, 2005; May, 2004). Este registo teve em

atenção os comportamentos verbais e não-verbais (e.g., risos/sorrisos, hesitações, tom de voz alto/baixo, pausas, silêncios, gaguejar, ruídos externos) de cada participante (Fonte, 2005), sendo que cada transcrição teve aproximadamente a duração média de 3h30m. Realça-se que somente o investigador teve acesso às gravações áudio e audiovisuais durante a transcrição das entrevistas e que, após o seu término, foram de imediato arquivadas pelo próprio investigador, de modo a que ninguém alheio à investigação tenha acesso a estas. Até esta parte, nenhum dos participantes em estudo, solicitou a sua gravação nem outro material que lhe diga respeito, apesar destes terem conhecimento, através do consentimento informado, que o podem reaver (cf. Anexo E).

As entrevistas foram codificadas relativamente à ordem de realização (por exemplo, E1), não incluindo qualquer outro tipo de dado, de modo a salvaguardar o direito de confidencialidade e anonimato dos participantes, permitindo igualmente conferir um elevado valor heurístico à informação recolhida (Reuchlin, 1986). Toda a análise qualitativa foi efectuada manualmente, sem recorrer a nenhum programa computadorizado (*software*) destinado ao tratamento de dados qualitativos.

## **5. Análise de dados**

Os objectivos primordiais do presente estudo qualitativo, assim como estabeleceu a escolha do instrumento, também determinou as metodologias e respectivas técnicas.

Neste sentido, de modo a caracterizar a amostra da presente investigação, utilizou-se técnicas de análise quantitativa para o tratamento de dados, recorrendo-se ao programa informático – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0 for Windows)* já utilizado no estudo quantitativo, o qual possibilitou efectivar uma análise estatística descritiva (Martins, 2002a; Pereira, 2004a). Esta análise realizou-se recorrendo à base de dados criada aquando da realização do estudo quantitativo, seleccionando-se somente os participantes pertencentes a este estudo, sendo que sempre que se denotou alterações de dados sócio-demográficos, estas foram de imediato efectivadas, como referido.

Realizada a análise estatística descritiva, procedeu-se à análise de dados facultados pelas entrevistas semi-estruturadas, recorrendo-se a uma metodologia fenomenológica e

interpretativa designada *Grounded Theory*. Assim, a presente investigação segue a tendência actual das investigações no âmbito das ciências sociais, pela necessidade e interesse em dar voz aos participantes da investigação, procurando compreender as suas experiências vividas e subjectivas, domínios a que o investigador dificilmente tem acesso ou este é muito reduzido e, por consequência, limitativo (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001). O indivíduo tem sido considerado como um construtor de significados, por vários movimentos da Psicologia (Henriques, 2000, citado por Fonte, 2006), atribuindo às narrativas um papel fundamental na construção de significados dos seres humanos, embora estas não recriem totalmente a experiência, mas conferem um significado a esta última (Fonte, 2006).

A *Grounded Theory* tem como objectivo fundamental construir, de forma indutiva, uma teoria sobre a compreensão das experiências e significados que os indivíduos dão a uma determinada situação/fenómeno. A construção da teoria emerge do estudo contíguo aos dados da investigação, que se apresentam, na sua forma mais elementar (discurso do entrevistado) e mal estruturados (Handwood & Pidgeon, 1995, citado por Fernandes, 2001; Layder, 1993, citado por Fernandes & Maia, 2001). Neste sentido, os dados obtidos através das entrevistas foram tratados segundo um conjunto de procedimentos analíticos sequenciais, intitulados de *Grounded Analysis*, porém nem sempre lineares, que tendem para uma maior complexidade na construção de teoria (Strauss & Corbin, 1990). Assim, o investigador codifica as respostas dos entrevistados de acordo com a natureza do conteúdo do discurso e da observação destes (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988, citado por Fonte, 2005; Strauss & Corbin, 1990). A codificação consiste em construir categorias a partir dos dados recolhidos, de natureza descritiva que serão denominadas com linguagem muito próxima do discurso dos participantes (Strauss & Corbin, 1990, citado por Punch, 2005). À medida que a análise de dados decorre, surgem categorias mais conceptuais e interpretativas (Strauss & Corbin, 1990), tendo como propósito simplificar os dados de modo a potenciar a apreensão e a interpretação (May, 2004).

A análise caracteriza-se, assim, como um processo evolutivo, constituindo-se, de acordo com Strauss e Corbin (1990), em três etapas genéricas, sendo estas: codificação aberta, codificação axial e codificação selectiva.

A codificação aberta consiste num procedimento de decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados (Strauss & Corbin, 1990), abrindo possibilidades teóricas (Strauss & Corbin, 1990, citado por Punch, 2005). As categorias criadas descrevem-se como abstractas comparativamente aos dados que aglomeram (Strauss & Corbin, 1990, citado por Punch, 2005).

De seguida, através da codificação axial, pretende-se a reorganização dos dados em função de eixos que se mostram relevantes no domínio em análise, podendo emergir de forma indutiva ou dedutiva (Strauss & Corbin, 1990). Ao contrário da primeira codificação que fragmenta os dados, este tipo de codificação articula novamente as categorias, criando codificações teóricas, que são conceitos que explicam a relação entre conceitos ou categorias (Strauss & Corbin, 1990, citado por Punch, 2005).

Finalmente, a codificação selectiva consiste na selecção do fenómeno que incorpora e organiza as categorias mais abstractas, resultando na construção/produção de micro-teoria ou modelo contextualizado no domínio/população em análise (Strauss & Corbin, 1990).

No presente estudo, procurou-se cumprir os procedimentos anteriormente assinalados referentes à *Grounded Analysis* (cf. Anexo J). Considerou-se material relevante para análise toda a informação verbal que se referia às questões colocadas, através das quais se pretendeu responder aos objectivos propostos. Foi excluído da análise todo o material que não cumpriu estas condições, mais precisamente, os comentários fora do contexto da entrevista, como por exemplo na entrevista E1 “[...] *tive aqui uma situação bastante chata [...] sempre que venho trabalhar e [...] está cá, esse elemento com quem eu tive problemas, sinto-me muito mal e praticamente não falo com essa pessoa, só que estou a trabalhar directamente com ela [...]*”, conteúdo referente a problemas pessoais ocorridos com um colega, temática não relacionada com os objectivos do estudo.

**Codificação aberta:** As respostas ao guião de entrevista reconhecidas como material relevante para análise foram fragmentadas em unidades de análise. Considerou-se unidade de análise toda a informação que se referia a uma ideia central e coerente e que se enquadrava no texto de modo distinto da anterior e da seguinte (Strauss & Corbin,

1990). Desta forma, observou-se excertos diferentes na mesma entrevista a pertencer à mesma unidade de análise, unidos pela ideia central que pretendiam transmitir, uma vez que todas as afirmações que se referiam a uma mesma ideia central eram consideradas como pertencendo à mesma unidade de análise. Cada uma das unidades de análise foi integrada no respectivo domínio, definido pelo guião de entrevista e pelo discurso dos próprios profissionais de saúde, sendo que este também pode ser designado de categoria principal (Strauss & Corbin, 1990). A categorização das unidades de análise partiu do discurso dos entrevistados, com o intuito de enraizar as interpretações e significações atribuídas ao discurso dos participantes, sendo que, para tal, se procurou respeitar e importar as palavras presentes no discurso verbal dos participantes (categoria descritiva) (Strauss & Corbin, 1990). Deste modo, as unidades de análise foram categorizadas em categorias descritivas, pelo que a cada unidade de análise pode associar-se a várias categorias descritivas, assim como uma mesma categoria descritiva pode-se enquadrar em unidades de análise distintas, embora dentro do mesmo domínio (Strauss & Corbin, 1990). Posteriormente, estas categorias descritivas foram agrupadas em categorias conceptuais mais abrangentes, sendo que estas também podem agrupar várias categorias descritivas numa só categoria conceptual. As categorias conceptuais consistem, assim, em categorias de nível mais abstracto que agrupam distintas categorias descritivas e as suas relações (implícitas ou explícitas), assumindo a sua integração a um nível mais supra ordenado de significado (Strauss & Corbin, 1990).

Salienta-se que todo o processo de categorização, desde da categorização descritiva à conceptual, foi sempre acompanhado de uma postura de reflexão e questionamento constante (Strauss & Corbin, 1990), obrigando ao retorno às unidades de análise, à produção de novas categorias, mantendo-se, assim, um carácter de reversibilidade em cada análise realizada. Em cada domínio ou categoria principal, os critérios de finalização da categorização foram a impossibilidade de criar novas categorias e a repetição de categorias já reconhecidas, o que constitui critério de saturação do processo de categorização (Rennie, Phillips & Quartaro, 1987, citado por Fernandes, 2001).

**Codificação axial:** Nesta análise, tomou-se como eixo organizador da informação relatada e codificada anteriormente os domínios (categorias principais) definidos pelas questões formuladas no guião de entrevista e pelo discurso dos profissionais de saúde

em estudo (Strauss & Corbin, 1990). Assim sendo, assumiu-se como categorias centrais as denominações dos domínios predefinidos de modo dedutivo em função dos objectivos do estudo. Na reorganização da informação categorizada em função de cada domínio e tendo em conta a diversidade das experiências relatadas, procurou-se centrar a atenção na redundância e regularidade das categorias de significado integradas em cada domínio (Strauss & Corbin, 1990). Deste modo, a construção de padrões emergiu da análise transversal das entrevistas e da constatação da presença de categorias comuns em pelo menos metade dos participantes, ao nível das categorias conceptuais (Strauss & Corbin, 1990).

**Codificação selectiva:** Permitiu a compreensão aprofundada das experiências e vivências dos profissionais de saúde e o papel que a esperança destes últimos detém em si e na sua prática profissional, de acordo com a sua própria perspectiva, através da incorporação e organização das categorias mais abstractas (Strauss & Corbin, 1990).

Concluído todos estes procedimentos, obteve-se finalmente os resultados do estudo que se apresentam no ponto que se segue, através dos quais se procura que a natureza qualitativa e experiencial dos dados recolhidos seja relevada nas diversas fontes do contexto em estudo (Locke, 2001).

## **6. Apresentação dos resultados**

Com base na premissa que o ser humano elabora e constrói as suas experiências de forma narrativa, processo através do qual atribui significado às suas acções (Fonte, 2006), apresentam-se os resultados obtidos da análise das narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde às suas experiências e vivências na prática laboral, ao impacto físico e psicológico destas no seu bem-estar e ao papel da esperança na prática profissional. Estes resultados estão representados em quatro domínios (categorias principais), definidos pelo guião de entrevista semi-estruturada, pelos objectivos do estudo e pelo discurso dos profissionais de saúde: (a) experiência de trabalhar em Oncologia; (b) estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia; (c) construto esperança; e, (d) esperança como virtude humana na saúde. Salvaguarda-se que após a caracterização de cada domínio será apresentado um quadro, no qual serão

identificadas as categorias conceptuais mais abstractas e de nível inferior, mais descritivas, assim como alguns exemplos do discurso dos profissionais de saúde.

### a) Experiência de trabalhar em Oncologia

O domínio da experiência de trabalhar em Oncologia refere-se à vivência, aos riscos e ao impacto, que esta pode ter no bem-estar dos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes oncológicos internados ou em ambulatório. As categorias conceptuais mais abstractas que definem este domínio são: **peçoal**, pertencente ao constante desafio, ao qual o *self* de cada profissional está submetido e à satisfação pessoal de trabalhar em Oncologia; **profissional**, referente ao desafio relacionado com questões laborais e institucionais e à satisfação profissional oriunda da prática laboral; e, **relacional**, respeitante às relações interpessoais entre profissional de saúde, doente e família, colegas de trabalho e instituição. Destas categorias conceptuais emergem outras categorias conceptuais de nível inferior, que são categorias conceptuais mais descritivas.

A categoria conceptual mais abstracta **peçoal** refere-se ao conflito de *locus* interno dos profissionais de saúde e à satisfação pessoal, que é despoletado pela experiência e vivência de trabalhar em Oncologia. A satisfação pessoal, advinda da percepção que a experiência de trabalhar em Oncologia é positiva, promove nos profissionais de saúde sentimentos positivos, fazendo com que estes se sintam bem consigo próprios, com um *self* estruturado. Esta categoria emerge de duas categorias conceptuais de nível inferior, que a descrevem: *desgaste emocional* e *reflexão de significados*.

O *desgaste emocional*, sequela do confronto com o sofrimento e a perda, relaciona-se com uma das realidades diárias dos profissionais de saúde em geral; mas, os profissionais de saúde que lidam com doentes com diagnóstico reservado e/ou terminal, tal como os doentes oncológicos, estão mais expostos a este tipo de situações. Segundo os profissionais em estudo, estes são confrontados de forma intensiva com o sofrimento alheio, quer dos doentes quer das suas famílias, na medida em que se vêem obrigados a assistir a reacções emocionais que transparecem dor e sofrimento, o que constitui um risco psicológico para o profissional de saúde. Este confronto com o sofrimento alheio e

a perda intensifica-se segundo os profissionais de saúde quando estão perante doentes oncológicos jovens, sobretudo em caso de morte.

A *reflexão de significados* é imposta pelo desafio pessoal, em que impõe uma reflexão interior da dualidade vida e morte por parte do profissional e uma reflexão do valor que detêm determinados acontecimentos de vida do próprio profissional. Esta reflexão de significados, que envolve o profissional num processo de pensamento sobre a sua vida profissional e pessoal, origina uma reconstrução de novos significados das situações e acontecimentos, face aos significados que detinham antes da experiência de lidar com doentes oncológicos. À reflexão de significados associa-se o desenvolvimento pessoal, uma vez que esta reflexão permitiu aos profissionais um crescimento pessoal a nível de maturidade, auto-conhecimento, solidariedade, tolerância entre outros aspectos, proporcionando uma satisfação pessoal significativa no profissional. Este crescimento pessoal do profissional de saúde permite-lhe adquirir competências internas, que lhe são úteis na gestão do desgaste emocional.

A categoria conceptual mais abstracta **profissional** associa-se a questões laborais e institucionais e à satisfação profissional dos profissionais de saúde. Esta satisfação à semelhança da satisfação pessoal advém da percepção que a experiência de trabalhar em Oncologia é positiva, fazendo-os sentir-se profissionalmente realizados. Esta categoria compreende-se através de quatro categorias conceptuais de nível inferior: *investimento académico*, *stress profissional*, *experiência profissional adquirida* e *riscos biológicos e físicos*.

O *investimento académico* reporta-se ao facto dos profissionais procurarem informação adicional sobre Oncologia e completarem a sua formação académica com especializações na área, com o intuito de colmatar lacunas existentes, acompanhar a evolução científica e, principalmente para responder às necessidades dos doentes. Estes profissionais procuram ainda no investimento académico, a aquisição de estratégias de *coping* para atenuar os riscos e impedir o impacto e a ameaça que esta profissão pode constituir para o bem-estar.

O *stress profissional* reflecte o desgaste físico e psicológico significativo a que os profissionais de saúde estão sujeitos, devido a diversos factores apontados pelos próprios, tais como: a sobrecarga de trabalho, o regime de rotatividade de horários e a falta de disponibilização de recursos humanos e técnicos, o que leva em alguns casos clínicos ao encarniçamento terapêutico. A Oncologia é uma área com características muito específicas, confinadas à própria doença oncológica, que por vezes, se tornam difíceis de gerir, de modo a promover uma maior e melhor qualidade de prestação de serviços aos doentes, o que pode resultar em cansaço físico e emocional, dando origem a *stress* ocupacional.

A *experiência profissional adquirida* é reconhecida pelos profissionais de saúde em estudo como uma estrutura facilitadora na abordagem clínica, que proporciona desenvolvimento profissional, mas também pessoal, independentemente de considerarem que cada caso clínico é um caso único e isolado. Porém, esta tendência dos profissionais de saúde identificar simultaneamente um desenvolvimento pessoal e profissional deve-se ao facto da maior parte deles, apontar dificuldades em separar a vida profissional da pessoal, como por exemplo: “*eu tento minimamente ultrapassar isso, mas é difícil [...]. Por mais que uma pessoa queira ao passar daquela linha [aponta para a porta], lá para fora esquecer o que ficou cá dentro, colocar uma barreira, não dá*” (E8).

Os *riscos biológicos e físicos* recaem sobre o desafio que os profissionais de saúde têm de enfrentar na sua prática laboral, riscos de contaminação, pelo contacto directo ou indirecto com bactérias, provenientes das doenças oncológicas em si e dos químicos utilizados nos tratamentos destas doenças. Os riscos físicos são também consequência da prática profissional, relacionam-se com o facto dos profissionais de saúde estarem sujeitos a problemas de ordem física, tal como doenças músculo-esqueléticas, devido à prestação de cuidados implicar um grau significativo de esforços físicos, na perspectiva de prestar cuidados diferenciados pela sua qualidade.

A categoria conceptual mais abstracta **relacional**, que reúne as relações interpessoais travadas pelos profissionais de saúde é explicada por duas categorias conceptuais de nível inferior, mais descritivas: *humanização dos cuidados* e *falta de valorização dos*

*cuidados prestados*. A *humanização dos cuidados* é uma categoria que se descreve pelo acompanhamento contínuo do doente oncológico e seus familiares e pelo vínculo afectivo que advém deste mesmo acompanhamento. Esta categoria relaciona-se com o desafio que a experiência de trabalhar em Oncologia impõe aos seus profissionais ao nível da criação de um vínculo afectivo, pelos cuidados diferenciados e continuados que os doentes oncológicos necessitam, com tratamentos ambulatoriais muitas vezes diários e internamentos longos e recorrentes. Estas situações exigem do profissional de saúde a necessidade de proporcionar o melhor para o doente ter uma vida digna de acordo com o seu estado de saúde, ou seja, existe uma preocupação significativa nestes profissionais de saúde, no que concerne a promoção da qualidade de vida dos seus doentes.

A *falta de valorização dos cuidados prestados* está associada ao desafio que os profissionais de saúde possuem em demonstrar eficácia na prática das suas funções laborais, perante os doentes, sua família, colegas de trabalho e a instituição, sendo que estes denotam falta de reconhecimento do seu trabalho por estas pessoas e entidade, surgindo, às vezes, em determinadas situações, sentimentos de frustração e impotência nos profissionais de saúde em estudo, embora sejam atenuados ou mesmo banidos por competências próprias a estes.

No Quadro 4 são apresentadas as categorias conceptuais mais abstractas e de nível inferior identificadas no domínio da experiência de trabalhar em Oncologia, assim como alguns exemplos do discurso dos participantes.

**Quadro 4.** Domínio da experiência de trabalhar em Oncologia

| Domínio                               | Categoria conceptual | Categoria conceptual | Exemplos do discurso   |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Experiência de trabalhar em Oncologia | Pessoal              | Desgaste emocional   | <p>E1: “[...] sinto se calhar uma relação com ele de tristeza no momento, em que ele sente-se triste, em pânico [...] eu acompanho um pouco esse mal-estar que o doente tem.”</p> <p>E2: “[...] acabamos por prestar cuidados altamente diferenciados que nos desgastam imenso [...].acho que é muito desgastante porque, eu até costumo dizer em jeito de brincadeira [...] que quem não sofre com este tipo de coisas, se calhar não está a prestar cuidados como devia.”</p> <p>E3: “Tenho tido várias experiências que me marcaram pelo lado negativo principalmente. [...] Temos tido algumas situações que realmente têm um evoluir no sentido negativo, que evoluem para a morte e quando são doentes que nós às vezes temos aqui com internamentos frequentes para fazer ciclos de quimioterapia, que [...] e depois, esses que não reagem bem, custa-nos um bocadinho mais acompanhá-los até à morte [...] custa um bocadinho.”</p> |

|            |                                    |   |
|------------|------------------------------------|---|
|            |                                    | <p>E9: “Quando incide mais em doentes idosos, não é muito difícil de lidar [...]. Agora quando é uma idade entre mais ou menos 40, 50 anos e mais jovens que isso, é complicado. Não é? Porque nós estamos à espera que numa determinada idade os problemas de saúde apareçam, [...] doentes mais jovens, é bastante mais complicado porque são situações que evoluem muito rapidamente e depois nós não estamos à espera que estas doenças apareçam nestas idades. É muito mais difícil de lidar.”</p> <p>E10: “[...] Sou afectado emocionalmente pela morte [...], pelo sofrimento da maior parte dos meus doentes pontualmente... quando as situações atingem algum dramatismo e se projectam sobre o meu viver.”</p>  |
|            | Reflexão de significados           | <p>E7: “[...]minimizo muita coisa, relevo muita coisa. Não dou muito valor a algumas coisas que de facto não são muito importantes. [...] Eu agora não consigo dar valor, se tenho de trocar de carro, não importa nada... Eu acho que isso me fez bem. [...] Isso tem me ajudado bastante, não dou valor a metade das coisas que dava, agora para mim são supérfluas. Dantes eram importantes mas agora não são de facto.”</p> <p>E9: “[...] eu vejo as coisas de uma forma diferente, diferente de muita gente que eu conheço, não é? Eu acho que tem a ver com as vidas. Pessoas de fora daqui do hospital. Eu acho que os enfermeiros acabam por ver a vida de uma forma totalmente diferente e as outras pessoas não compreendem [...] Mas acho que apenas acabo por lidar melhor com determinadas situações que a outras pessoas não...a morte, a doença. Acho que é ainda um bocado restrito, eles escondem, embrulham, não querem falar.”</p> <p>E5: “[...] Acho que nos faz sempre crescer [...].”</p> |
|            | Investimento académico             | <p>E1: “[...] fui fazer a pós-graduação em Enfermagem oncológica [...] também fiz outra em cuidados paliativos [...] É assim, eu se calhar como tenho a pós-graduação, se calhar entendo muito mais do assunto [...].”</p> <p>E5: “[...] eu tirei recentemente a pós-graduação em cuidados paliativos e também acabei há pouco, a pós-graduação em enfermagem oncológica. Acho que estas duas pós-graduações me deram conhecimentos [...]. Depois ao vir para aqui, também vi que essa pós-graduação, aliás as duas, que me iam aliviando destas situações, porque sabemos que a família tem de ser envolvida ou deve ser envolvida, sabemos que temos de dar apoio, não tratar só o físico.”</p>   |
|            | Stress profissional                | <p>E2: “[...] o horário rotativo, este tipo de horário rotativo para o nosso serviço com esta especificidade de doentes que temos... oncológicos, oncológicos em fase terminal, eu acho que deveriam ter mais cuidado com o tipo de horário [...]. Nós temos uma especificidade tremenda e acho que ao fazerem o horário acabam por olhar para nós como enfermeiros generalistas e depois na génese, lá no fundo de tudo, nós não somos só enfermeiros generalistas.”</p> <p>E1: “Nós temos aqui um trabalho muito sobrecarregado [...].”</p> <p>E5: Nós aqui estamos sempre a correr contra o tempo para termos as coisas todas feitas [...].”</p> <p>E7: “[...] Não temos apoio da parte de Psicologia nem para os doentes nem para nós, não temos Psiquiatria disponível nem para eles nem para nós e às vezes bem que precisamos. Não temos um serviço social com capacidade de resposta para tantas solicitações [...].”</p>   |
|            | Experiência profissional adquirida | <p>E1: “Se calhar o já ter encontrado algumas estratégias para lidar com este tipo de doentes. É o que a experiência profissional me traz [...].”</p> <p>E2: “[...] se tivermos mais casos, vamos aperfeiçoando e eu noto que é uma diferença maluca. É um bocado estranho dizer que em sete anos, houve uma evolução estrondosa. [...] mas acho que houve uma evolução mesmo.”</p> <p>E4: “Gere uma atitude mais segura [...].”</p> <p>E9: “[...] Cada dia, vamos aprendendo a lidar melhor com as situações [...]. Pronto, lá está, vamos aprendendo e aperfeiçoando com as experiências.”</p>  |
|            | Riscos biológicos e físicos        | <p>E7: “Do ponto de vista físico, isto são uns tratamentos que têm produtos tóxicos, os tratamentos são tóxicos e isto traz riscos biológicos e mesmo em termos de saúde porque há inalação de micro-partículas de citotóxicos [...] algumas vezes a gente sente que anda qualquer coisa no ar. A gente tosse, a gente tem aquele pico no nariz, na garganta...”</p> <p>E6: “[...] aqui nos serviços temos os factores de risco biológicos que são imensos... A nível físico, podemos ter... às vezes fazemos imensos levantes e podemos ter vários problemas, temos aqui algumas colegas com contracturas [...]às vezes corremos riscos, porque são doentes muitos pesados por vezes e acontece... Muitos colegas têm problemas físicos por causa disso.”</p>  |
| Relacional | Humanização dos cuidados           | <p>E5: “[...] às vezes o estarmos ali a ouvi-los também já ajuda, se calhar nós nem temos que dizer grande coisa, só estar ali.”</p> <p>E7: “[...] O doente está desse lado e ele é que me tem que dizer o que espera de mim, o que ele quiser é o que eu faço, isto num simples gesto de lhe perguntar onde quer que lhe ponha o cateter. Se à direita ou à esquerda [...] eles têm de perceber que quem vai decidir parte do tratamento é mesmo o doente. O doente tem um papel principal.”</p>   |

|   |   |
|---|---|
| Falta de valorização dos cuidados prestados | E1: “[...] colegas [...], em vez de valorizar, sentem-se orgulhosos porque alguém na equipa conseguiu fazer isto, às vezes criticam de forma negativa.”<br>E6: “Nós fazemos [...] as pessoas não nos agradecem nem com um obrigado.”<br>E9: “[...] Neste momento, a nível profissional não temos rigorosamente incentivos nenhuns [...] Profissionalmente não me sinto nada valorizada, neste momento. Sinto que entrei numa profissão que é mesmo para auto-sacrifício porque ninguém valoriza aquilo que eu faço, a dedicação que eu tenho, não é? Não temos rigorosamente incentivos nenhuns.” |
|---|---|

## **b) Domínio das estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia**

O domínio das **estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia** refere-se às estratégias/recursos percebidos como úteis pelos profissionais de saúde em estudo para trabalhar em Oncologia. As categorias conceptuais mais abstractas que descrevem este domínio são: **suporte social**, referente à existência ou disponibilidade de pessoas que demonstram preocupação para com os profissionais de saúde, capazes de responder a pedidos de ajuda e assistência; **aprendizagem adquirida**, refere-se ao conhecimento adquirido a nível pessoal e profissional, de forma formal ou informal; **auto-regulação**, relativo à necessidade sentida pelo profissional para auto-regular a sua vida pessoal e profissional a nível físico e emocional, de modo a proporcionar-se uma vida saudável. Destas categorias conceptuais emergem outras categorias conceptuais de nível inferior, mais descritivas, que se aproximam do discurso dos profissionais de saúde.

A categoria conceptual mais abstracta **suporte social** refere-se à troca de vivências e ao diálogo que os profissionais de saúde estabelecem com terceiros sobre as situações adversas por eles vivenciadas. O suporte social é percebido por estes profissionais como um instrumento útil para lidar com as situações com que se deparam no dia-a-dia em contexto laboral. Assim sendo, o suporte social caracteriza-se através de três categorias conceptuais de nível inferior, tais como: *família pessoal* do profissional de saúde, os seus *amigos profissionais e extra-profissionais* e os *doentes e respectivos familiares*.

As categorias conceptuais de nível inferior *família pessoal* do profissional de saúde e seus *amigos profissionais e extra-profissionais* são percebidas pelos próprios profissionais como uma estratégia/recurso de libertação das vivências adversas com que se confrontaram ao longo do dia. Deste modo, os profissionais em estudo recorrem a estes indivíduos para dialogar e exorcizar o mau-estar que as experiências adversas lhes

acarretam, em horário laboral, mais propriamente nas passagens de turno e em horário pós laboral.

Os *doentes e respectiva família*, quando possuem atitudes de assertividade para com o profissional de saúde, em que evitam comportamentos de agressividade psicológica e consciencializam-se que todas as medidas e diligências foram tomadas em virtude do doente, assumem-se como uma fonte de energia para o profissional de saúde enfrentar e resolver os acontecimentos adversos, permitindo ao profissional a desmistificação de situações que possam constituir risco e ameaça ao seu bem-estar.

A categoria conceptual mais abstracta **aprendizagem adquirida** reporta-se aos conhecimentos adquiridos nas formações especializadas na área e aos conhecimentos transmitidos pelos colegas de equipa, pelos médicos, pela cultura geral adquirida, assim como pelas suas próprias vivências.

A categoria conceptual mais abstracta **auto-regulação** refere-se à necessidade que o profissional de saúde tem para auto-regular a sua vida pessoal e profissional a nível físico e emocional, de forma a deter algum auto-controlo em si próprios, permitindo-lhe assim, exercer a sua profissão, evitando os riscos que ela impõe. Estes profissionais de saúde auto-regulam-se a nível comportamental e emocional, impondo-se limites a si próprios, desde: procurar separar a vida profissional da pessoal, o melhor possível; realizar actividades extra-profissionais; limitar o vínculo afectivo profissional de saúde-doente-família; gosto pela profissão; e, possuir sempre pensamentos positivos (e.g., futuro melhor, optimismo, esperança). A auto-regulação permite ao indivíduo um *self* estruturado e ajustado à realidade. Neste sentido, a auto-regulação caracteriza-se através de duas categorias conceptuais de nível inferior, designadamente: **regulação pessoal** e **regulação emocional**. A **regulação pessoal** envolve a necessidade que o profissional de saúde tem de desempenhar as suas funções laborais com qualidade, demonstrando uma atitude assertiva independentemente de fazer face a situações clínicas complicadas. Estes devem ser capazes de dar resposta às necessidades do doente e sua família. A **regulação emocional** refere-se à necessidade que os profissionais de saúde em estudo têm de controlarem os seus próprios sentimentos e emoções, não os deixando transparecer aos seus doentes e familiares, procurando, assim, evitar um processo de

transferência e contra-transferência. Estes profissionais de saúde referem também que, por vezes, recorrem ao distanciamento para evitar a criação de vínculo com o doente e sua família, de modo a não sair lesado emocionalmente da relação, principalmente quando a situação clínica do doente tem um desfecho negativo.

No Quadro 5 são apresentadas as categorias conceptuais mais abstractas e de nível inferior, mais descritivas, identificadas no domínio das estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia, assim como alguns exemplos do discurso dos participantes.

**Quadro 5.** Domínio das estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia

| Domínio  | Categoria conceptual   | Categoria conceptual  | Exemplos do discurso   |
|--|------------------------|---|--|
| Estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia | Suporte social         | Família pessoal   | E1: “[...] eu chego a casa e, quem está ao meu lado, é a pessoa com quem eu desabafo, desabafo, digo tudo [...].”<br>E3: “[...] quando me sinto assim, mais triste falo em casa, tenho que desabafar [...].”   |
|  |                        | Amigos profissionais e extra-profissionais  | E7: “[...] aqueles casos que nos marcam mesmo, que eu não consigo deixar de pensar. Quando acontece isso, converso em casa por exemplo [...].”<br>E2: “[...] Eu acho que muitas das vezes, se calhar, desvirtuamos, nem queria utilizar essa palavra porque é um bocado pesada, porque até acho que as passagens de turnos deviam ser mesmos assim. Muitas das vezes, acabamos por dar outro sentido às passagens de turno, utilizamos um bocado... Eu noto que esta equipa tem muito essa necessidade, quando damos por ela, não estamos a passar os cuidados para dar continuidade no turno seguinte. Quando damos por ela, gastamos dez minutos a desabafar uns com os outros, que é o que entendo.”<br>E3: “[...] Muitas vezes falo com amigas minhas, muitas nem estão ligadas à área da saúde o que ajuda, senão... às vezes quando falo com amigas daqui, elas também começam a falar e eu... acabo por nem desabafar... às vezes nem sempre.”<br>E9: “[...] É tanta pressão durante o turno que não temos tempo para conversar uns com os outros e acho que é importante no trabalho, termos alguma confiança uns com os outros e no momento das passagens de turno é o momento ideal para nós explorarmos as relações interpessoais.” |
|  |                        | Doentes e respectivos familiares  | E1: “[...] eu dei-lhe apoio nessa fase e lembro-me desta senhora, de ela vir cá ao serviço passados uns meses, para vir ter comigo, dizer que já estava a fazer quimioterapia no IPO do Porto, que estava a correr tudo, já sem cabelo e agradecer por eu ter estado naquele momento com ela. Eu acho que isso é que é o mais importante para nós [...].”  |
|  | Aprendizagem adquirida | E10: “[...] é fundamental que um profissional, que tenha um curso superior, saiba exactamente como funciona a sociedade onde ele está inserido, ou seja, ele tem de ser um técnico no que respeita à sua profissão, tem de ter soluções de acordo com aquilo que lhe é exigido na sua profissão, mas não só, ele tem de saber muito bem a sociedade em que vive e para isso, tem de ler livros, que sejam livros banais desde romances à história universal, geografia... Tem de conhecer psicologicamente padrões de comportamentos das pessoas e isso aprende-se ao longo da vida, lendo, falando uns com os outros e convivendo. Acho que é assim que se aprende... e não ficando limitado aos livros [...] é fundamental ter boa qualidade profissional, mas também é fundamental ter boa qualidade humana e a boa qualidade humana tem-se de se encontrar ao longo da vida, pelas vivências que fomos capazes de chamar ao pé de nós.” |  |
|  | Auto-regulação         | Regulação pessoal   | E5: “[...] Nós tentamos sempre dar o nosso melhor [...].”<br>E6: “[...] Devemos pensar positivo para dar sempre o melhor de nós.”<br>E7: “[...] o que não posso fazer não faço, fazemos o melhor que pudemos, o que nos deixam fazer [...].”<br>E9: “[...] espero sempre melhor [...].”  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Regulação emocional | <p>E3: “[...] A família às vezes não consegue esconder a emoção, não é? E nós também vamos atrás, não digo sempre, mas por vezes é um bocadinho complicado [...].”</p> <hr/> <p>E4: “[...] Eu acho que nós temos de ter um auto-controlo muito grande, ter capacidade de comunicar, que não é fácil. Não é fácil comunicar, não é fácil ter atitudes de assertividade com a outra pessoa e tentar controlar a situação, nós também somos humanos, não é? É assim, uma pessoa humana com emoções, tentar controlar uma outra pessoa humana também com outras emoções... É complicado.”</p> <hr/> <p>E5: “[...] eu sou uma pessoa que não consigo facilmente ou melhor evito estabelecer uma relação muito próxima [...]. Mas se calhar depois já não seria uma defesa para nós, seria mesmo um factor de risco.”</p> <hr/> <p>E6: “[...] Normalmente, o nosso pensar quando algum doente morre é, este já não sofre mais e temos que cuidar dos que estão vivos, não é? Porque às vezes nem temos tempo para dizer: eh! Morreu! Nem paramos para pensar e, se calhar também é bom que assim seja, é chamar o médico e pensar logo nos outros doentes.”</p> |
|---------------------|---|

### c) Construto esperança

O domínio **construto esperança** corresponde à forma como os profissionais de saúde definem a esperança como ser humano e profissional. Neste âmbito, emergem duas categorias conceptuais mais abstractas que descrevem este domínio: **percepção pessoal**, referente ao modo como estes profissionais descrevem o construto esperança, com base nos conhecimentos adquiridos como ser humano, e **percepção profissional**, respectiva à forma como os profissionais de saúde definem o construto esperança, de acordo com a sua profissão e experiência profissional.

A categoria conceptual mais abstracta **percepção pessoal** reporta-se à configuração que os profissionais em estudo atribuem ao construto esperança. Assim, a percepção pessoal deve ser entendida com base em quatro categorias conceptuais de nível inferior: *força oculta que nos move, sentimento positivo inerente ao ser humano, perspectiva de futuro melhor*, que engloba um sentimento de confiança no futuro e optimismo e *fé*, alusiva à religião. Denotou-se similaridade nas respostas dos profissionais, apesar destes demonstraram dificuldade em definir o construto e apreensão quanto à resposta.

A categoria conceptual mais abstracta **percepção profissional** procura descrever o significado atribuído pelos profissionais em estudo, enquanto profissionais na área da saúde e experiência com doentes e seus familiares. Assim, a **percepção profissional** é compreendida através de duas categorias conceptuais de nível inferior: *perspectiva de cura*, subjacente à evolução científica na área da saúde e *perspectiva de promoção de qualidade de vida*, associada à exigência e vontade de corresponder às necessidades dos

doentes e seus familiares, o que contribui para um sentimento de realização profissional, que se repercute na realização pessoal.

No Quadro 6 são apresentadas as categorias conceptuais mais abstractas e de nível inferior identificadas no domínio do construto esperança, assim como alguns exemplos do discurso dos participantes.

**Quadro 6.** Domínio do construto esperança

| Domínio             | Categoria conceptual   | Categoria conceptual                         | Exemplos do discurso   |
|---------------------|------------------------|--|--|
| Construto esperança | Percepção pessoal      | Força oculta que nos move                    | E2: “[...] Digamos que é uma força que não se vê, que é mesmo assim. Cada um classifica-a como quiser, porque é algo que está oculto e que nós vamos buscar forças positivas para continuar... É mesmo isso!”<br>E10: “[...] é o que nos move...”  |
|                     |                        | Sentimento positivo inerente ao ser humano   | E3: “É um sentimento... [...]. É um sentimento que dependendo das situações, poderá fazer pensar em algo que vai ser mais positivo, ou seja, que vai melhorar... [...]. É algo de inerente a nós, que sabemos o que é mas pôr em palavras é difícil.”<br>E6: “[...] algo positivo [...] ver sempre o lado positivo.”<br>E9: “[...] é um sentimento [...]”  |
|                     |                        | Perspectiva de um futuro melhor              | E1: “A esperança é esperar que tudo corra bem [...]”<br>E4: “[...] desejo que alguma coisa mude para melhor...”<br>E5: “[...] A esperança, para mim, é conseguir... é chegar sempre algo melhor do que o que estou.”<br>E8: “A esperança é sempre um dia melhor. Se o dia de hoje, for melhor do que o de ontem, corresponde à esperança de ontem...”<br>E9: “[...] optimismo [...] É o esperar que o futuro seja melhor. É ter confiança, uma confiança optimista.”   |
|                     |                        | Fé   | E1: “[...] qualquer fé que será e que possa ser chamada de esperança.”<br>E10: “[...] Pronto, os místicos, todas as religiões fazem a gestão da esperança... ficou por aí, mas eu acho que com a evolução que a humanidade tem, a gestão tende a sair. A gestão da esperança tende a sair do misticismo e vai ter de ser gerida, por exemplo pelo mundo em geral, pelo comum das pessoas.”   |
|                     |                        | Perspectiva de cura                          | E1: “[...] esperança da cura [...] quando há um diagnóstico de uma neoplasia [...] a pessoa pensa que pode vir a curar-se [...]”<br>E7: “[...] se manter vivo de alguma forma, nem que seja à custa da tal esperança, de achar que daqui a um, dois meses, vai retomar outro tratamento e pode encontrar a cura nesse tratamento [...]. A esperança como evolução científica, que consigam arranjar um tratamento, uma intervenção para a doença [...]”  |
|                     | Percepção profissional | Perspectiva de promoção de qualidade de vida | E1: “[...]eu tento transmitir aos doentes [...] é esperar que tudo ultrapasse de uma forma calma, pacífica, em que durante esse tempo sofram o menos possível e tenham uma boa qualidade de vida.[...]. Muitas das vezes a gente pode não ter a esperança da cura, mas esperar que vamos ter uma qualidade de vida, acho que isso é que é o importante.”<br>E6: “[...] é... poder ajudar e pelo menos poder mudar alguma coisa, é nesse sentido, porque quem tem esperança acredita que possa melhorar e mudar... Procuramos sempre dar qualidade de vida. Será dar vida aos anos, porque o contrário não é possível, porque também não existem milagres. Será por aí... Sem dúvida alguma.” |

#### **d) Esperança como virtude humana na saúde**

O domínio **esperança como virtude humana na saúde** refere-se à função que esta exerce na saúde e ao papel que os profissionais de saúde podem assumir neste âmbito. A esperança como característica humana é importante na vida do ser humano, sobretudo para os profissionais de saúde em estudo, uma vez que exerce uma influência positiva nestes, que lhes permite tornarem-se resilientes às situações adversas vivenciadas. Este domínio procura igualmente mostrar a necessidade de criar metas e expectativas no doente, sua família e nos próprios profissionais de saúde de modo a não desmotivarem, não desistirem da vida e da prática de cuidados antecipadamente. Esta necessidade está associada à qualidade de vida a que todo o ser humano tem direito, independentemente do seu estado de saúde, na medida em que a promoção de qualidade de vida é um direito que lhe assiste. Deste modo, desta categoria emergem duas categorias conceptuais mais abstractas: **estratégia positiva**, alusiva à tarefa que a esperança, como virtude inerente ao ser humano detém na saúde e, **necessidade de promoção**, associada à importância e necessidade de ser inculcada e/ou reforçada nos doentes e seus familiares, mas também nos colegas de trabalho, pela influência que exerce.

A categoria conceptual mais abstracta **estratégia positiva** reporta-se à influência positiva que esta característica humana positiva exerce no bem-estar físico e emocional dos intervenientes na área da saúde, desde profissionais, doentes e familiares. Assim, a categoria conceptual estratégia positiva é compreendida com base em duas categorias conceptuais de nível inferior: *espírito de luta* e *qualidade de vida* para o profissional de saúde, doente e sua família. O *espírito de luta* refere-se à determinação com que os profissionais de saúde procuram a cura do doente a curto, médio ou longo prazo, dependendo do curso da doença. Estes procuram sempre manter a vida e adiar a morte, uma vez que são preparados para uma vertente curativa e não paliativa.

A *qualidade de vida* reporta-se à percepção que os profissionais de saúde detêm que, perante a doença oncológica, por vezes, a perspectiva de cura é reduzida e, infelizmente, a iminência de morte é bastante elevada. Diante desta realidade, os profissionais de saúde procuram evitar o encarniçamento terapêutico, não insistindo nem prolongando tratamentos que confere ao doente um desgaste físico e emocional acrescido e que não

surtem qualquer efeito positivo para o restabelecimento da saúde do doente. Porém, esta tomada de decisão dos profissionais torna-se complicada pelos valores e princípios que defendem. O que acontece é que os profissionais de saúde procuram proporcionar a este tipo de doentes tratamentos paliativos, na busca de lhes oferecer uma qualidade de vida independentemente da enfermidade que estão a viver.

A categoria conceptual mais abstracta **necessidade de promoção** respeita o interesse efectivo, que a esperança deve ser inculcada e/ou reforçada nos profissionais de saúde, doente e família, uma vez que é considerada pelos profissionais em estudo como detentora de um poder significativo e positivo na saúde. Assim sendo, desta categoria emergem duas categorias conceptuais de nível inferior, tais como: **indução e/ou reforço da esperança** nos doentes, seus familiares e nos próprios colegas de trabalho e **falta de competências**, relativa às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde no que concerne a tarefa de promoção da esperança.

A **indução e/ou reforço da esperança** reporta-se à consciencialização por parte dos profissionais de saúde que a esperança é importante no processo de restabelecimento da saúde, daí ser pertinente a sua indução e/ou reforço junto dos doentes, seus familiares e também nos colegas de trabalho, porque por vezes, segundo os próprios profissionais de saúde estes demonstram falta de esperança. A **falta de competências** relaciona-se com as dificuldades que os profissionais de saúde têm em promover esperança nos doentes, seus familiares e colegas de profissão, porque, segundo os mesmos, nunca tiveram formação neste âmbito e necessitariam de um profissional específico, um psicólogo, para o desempenho desta tarefa. Salienta-se que estes profissionais de saúde consideram que têm dificuldades acrescidas quando se trata de promover esperança nos doentes e sua família, devido à ausência ou pouco vínculo e intimidade com estes. No entanto, também não caracterizam a promoção da esperança nos colegas de trabalho como um processo fácil, porque consideram que a informação e a experiência profissional os tornam conscientes da gravidade da situação clínica do doente.

No Quadro 7 são apresentadas as categorias conceptuais mais abstractas e de nível inferior identificadas no domínio da esperança como virtude humana na saúde, assim como alguns exemplos do discurso dos participantes.

**Quadro 7. Domínio da esperança como virtude humana na saúde**

| Domínio                                | Categoria conceptual    | Categoria conceptual              | Exemplos do discurso   |
|--|-------------------------|-----------------------------------|--|
| Esperança como virtude humana na saúde | Estratégia positiva     | Espírito de luta                  | E2: “[...] A esperança... A esperança é uma coisa muito subjectiva mas que... Acho que no fundo a esperança nos diz que vamos viver, que a doença vai desaparecer de hoje para amanhã, que se fez uma análise e que os marcadores já desapareceram, que já não tem nada. Acho que a esperança... Porque eu acredito piamente que a parte psicológica, emocional altera muito o estado físico do doente... tem a ver com aquela parte psicossomática e tenho tido provas disso.”  |
|  |                         | Qualidade de vida                 | E1: “[...] muitas das vezes a gente pode não ter a esperança da cura, mas esperar que vamos ter uma qualidade de vida [...].”  |
|  |                         |                                   | E3: “[...] dar esperança para que eles consigam ter um bocadinho de sei lá... dar-lhes uma melhor qualidade de vida, não é? Pelo menos a esperança um bocadinho deve de dar.”<br>E5: “[...] Acho que uma pessoa tem de ter esperança em qualquer situação, mesmo que pareça uma situação complicada, a esperança é sempre a última a morrer, como dizem. Nunca se sabe se vão descobrir um novo tratamento, uma nova cura entre aspas ou uma nova forma de aliviar os sintomas, de proporcionar melhor qualidade de vida [...].”   |
|  | Necessidade de promoção | Indução e/ou reforço de esperança | E2: “[...] Nos cuidadores nós [aponta para si próprio] também, só que às vezes é mais difícil incutir isso nos prestadores de cuidados porque acho que é... Pronto, tem outra dimensão, nós se calhar estamos privilegiados ou não, também às vezes não é um privilégio ter mais informação.”<br>E8: “[...] procuro incuti-la ou reforça-la [...] de uma forma inconsciente ou indirecta... Acho que é importante.”  |
|  |                         |                                   | E9: “[...]Acho que quem trabalha na saúde tem de ter um sentido muito apurado de esperança e optimismo, não é? Puxar sempre para cima, não se pode... desgraças já chegam as que eles trazem de casa e aquelas que há lá fora e vemos todos os dias.”  |
|  |                         | Falta de competências             | E1: “[...] Neste hospital o psicólogo pelos vistos, o papel parece não existir. Acho que desvalorizam-no por completo e acho que tanto nós profissionais, às vezes o quanto eu não digo, porque a ajuda que nós precisávamos aqui de um psicólogo... o que nós não dávamos... acho que qualquer um de nós o que não dava para ter aqui a presença de um psicólogo a apoiar-nos a nós profissionais e então os doentes... Eu às vezes.... Eu não tenho muitos conhecimentos e às vezes vejo-me em situações que eu digo, o que é que faço... eu preciso da ajuda de alguém e vem a assistente social e tenta dar-me uma ajuda... e vem o médico e tenta dar-me uma ajuda...e o enfermeiro... nós estamos perante às vezes situações de doentes que é, dá-se um anti-depressivo e resolve-se o problema, quando a gente, quando eu sei que se tivesse ajuda de um psicólogo, se conseguíssemos trabalhar competências naquela pessoa, estratégias para ultrapassar aquele problema, aquela pessoa era muito mais feliz”.<br>E4: “[...] Tento dar o melhor, às vezes não é o suficiente. Se calhar também precisava de aprender um bocadinho mais [...].”<br>E7: “[...] Manter esperança no doente [...] acho que sim, mas é o pior do tratamento para mim, porque ninguém me orientou para fazer [...].É realmente o constrangimento maior que eu sinto aqui, é porque também nos falta a orientação para nós. [...] Eu tenho consciência, [...] não detenho essa competência, eu deveria ter alguma coisa, deveria saber dizer alguma coisa [...] Não sei o meio-termo e deveria saber. Isto é o que eu não sei fazer, declaradamente [...].” |

Torna-se importante salientar que o facto de se apresentar as narrativas e significados atribuídos a estas em domínios (categorias principais) não é sinónimo de se considerar o discurso dos profissionais de saúde em estudo de modo isolado; pelo contrário, tem-se consciência que as narrativas e significados dos profissionais de saúde se articulam num todo indivisível. Na *Grounded Theory* a categorização apenas ocorre pela necessidade de apresentação e organização da informação obtida.

## 7. Discussão dos resultados

Os resultados do presente estudo revelam-se preponderantes para a compreensão do construto positivo, a esperança, na medida em que, sendo uma característica abstracta e inerente ao ser humano, este último detém um papel fundamental para a sua análise. Através das narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde, tornou-se possível responder de forma concisa aos objectivos do presente estudo.

De um modo geral, os discursos dos profissionais de saúde revelaram perspectivas similares sobre: o exercício da profissão em Oncologia; o impacto físico e psicológico que esta profissão pode causar nestes; e, finalmente, sobre o contributo que a esperança pode deter na prática profissional e no bem-estar do profissional de saúde. Assim, as narrativas destes profissionais de saúde indicam experiências e vivências que indiciam o mesmo tipo de influências na construção de significados, presumivelmente devido a estarem expostos à mesma realidade, em que se torna impossível evitar as adversidades que a sua profissão lhes impõe. De facto, além de não se ter realizado uma comparação sistemática entre os discursos dos profissionais de saúde em estudo, observou-se que estes, de modo geral, não diferem entre si, independentemente de possuírem índices de esperança baixos ou elevados; por norma, estes são similares relativamente às questões colocadas e que constituíram suporte para a presente investigação.

Os resultados providenciam que a **experiência de trabalhar em Oncologia** é um acontecimento marcante na vida profissional e, conseqüentemente, na vida pessoal do profissional de saúde, de acordo com o próprio. É de conhecimento que a Oncologia é uma área que possui características específicas: os doentes vivenciam uma situação dolorosa física e psicológica, podendo-se tornar traumática (Justo, 2002; Lopes & Pereira, 2003; Solana, 2005, citado por Pinto & Pais Ribeiro, 2007). Esta situação não está somente vinculada ao doente e sua família, mas também ao profissional de saúde. Este, em consequência do acompanhamento profissional, está em constante confronto com as vivências do doente, sobretudo porque este último, inevitavelmente, em maior ou menor grau, projecta as suas frustrações e ansiedades no profissional (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). A descrição da experiência profissional em Oncologia ressaltada pela literatura confirma-se, assim, junto dos

profissionais em estudo, pois, estes descrevem a experiência de trabalhar nesta área recorrendo a três domínios, pessoal, profissional e relacional, todos eles interligados.

A nível pessoal, segundo os profissionais de saúde, existe um desafio permanente, em que estão perante um conflito de *locus* interno real e certo, que os obriga a uma gestão pessoal de sentimentos. A prestação de cuidados de saúde a doentes oncológicos, de acordo com a opinião destes profissionais, é desgastante emocionalmente, o que confirma resultados de estudos anteriores (Labate & Cassorla, 1999; Motta & Enumo, 2004, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Rodrigues, 2001). O confronto com a dor e a perda acarreta ainda, segundo os profissionais de saúde em estudo, uma reflexão pessoal acerca do significado atribuído à vida e à morte, uma vez que quem lida com a doença oncológica tem esta dualidade permanentemente presente. Verifica-se, assim, que a prática profissional em Oncologia remete o profissional às suas crenças e valores (Carvalho, 1996, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Embora nesta caracterização se denote algum negativismo, segundo os profissionais de saúde em estudo, a experiência de trabalhar em Oncologia acarreta-lhes um desenvolvimento pessoal, sobretudo a nível de maturidade e auto-conhecimento, que lhes proporciona igualmente satisfação pessoal.

Profissionalmente, à experiência de trabalhar em Oncologia subjazem questões de ordem laboral e institucional. Esta descrição dos profissionais de saúde em estudo vai de encontro à literatura, que revela a existência de regras institucionais, às quais os profissionais se devem submeter e, sobretudo, cumprir (Martins, 2003b; Melo et al., 1997). Neste âmbito, os profissionais de saúde identificam alguns aspectos que descrevem esta experiência, tais como o investimento académico, o *stress* profissional, a experiência profissional adquirida e os riscos biológicos e físicos. No entanto, quando feita uma análise aprofundada, a estes juntam-se outros aspectos, como a irritabilidade, ansiedade, doenças músculo-esqueléticas, formações e especializações em Oncologia, entre outros. Estes aspectos são ressaltados em diversas investigações da área (Costa & Lima, 2005; Gray-Toft & Anderson, 1981, citado por McIntyre, 1994; Houston et al., citado por Bennet, 2000, 2002; Kandolin, 1993, citado por McIntyre, 1994; Lima Santos & Cortinhas, 2003; Martins, 2003b; McIntyre, 1994; Melo et al., 1997; Parreira & Sousa, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003;

Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Rich, 2002; Sobrinho et al., 2006; Wheeler, 1998, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003), o que indica que a realidade vivida e sentida por estes profissionais não é díspar da vivida noutras instituições ligadas à área da saúde, pelo contrário, aparentemente é bastante similar. Ao dar voz aos profissionais de saúde em estudo, apura-se que a experiência profissional, independentemente de conter aspectos negativos, passíveis de serem nefastos ao seu bem-estar, quando exercizados adequadamente, segundo os próprios, fomenta em si satisfação profissional.

O acompanhamento profissional em Oncologia é muito exigente para o profissional de saúde. Os doentes oncológicos e sua família exigem do profissional, muitas vezes, um acompanhamento que vai além do possível, devido à sobrecarga de trabalho, à falta de respostas às suas necessidades, consequência da falta de recursos em domínios que não são da competência do profissional. Porém, os profissionais de saúde em estudo, de forma harmoniosa, salientam que procuram colmatar estas lacunas com esforço pessoal e profissional, apesar dos riscos que este envolvimento pode acarretar. Desta relação entre o profissional de saúde, o doente e sua família, seja por imposição destes últimos ou pelos próprios tratamentos oncológicos, o profissional vê-se envolvido num processo vinculativo, que, em consequência dos tratamentos prolongados e recorrentes, ultrapassa a imparcialidade, atingindo, em alguns casos clínicos, a afectuosidade. A atitude destes profissionais, apesar de poder constituir uma ameaça para si próprios, não renega o paradigma actual da saúde, que defende uma visão biopsicossocial do doente, com cuidados distintos, marcados pela humanização (Bennett, 2000, 2002; Bernard, 1993; Boiteux, 2000; Caprara & Franco, 1999; Llor et al., 1995; Pais Ribeiro, 2005; Reichert et al., 2007; Serra, 2005). Assim sendo, observa-se que a realidade vivida pelos profissionais em estudo segue os padrões recomendados na literatura, a nível da humanização dos cuidados. Apesar dos riscos, estes lutam constantemente para dar resposta às necessidades dos doentes e seus familiares, porém, segundo os próprios, o esforço pessoal e profissional não é reconhecido na maior parte das vezes pelas partes envolvidas (e.g., doentes, família, instituição), provocando-lhes frustração e sentimentos de incompetência. Este efeito não é único nestes profissionais de saúde: foi igualmente observado em outros profissionais da área da saúde por razões análogas (Gray-Toft & Anderson, 1981, citado por McIntyre, 1994; McIntyre, 1994; Pines, 1993, citado por Parreira & Sousa, 2000). No entanto, salienta-se que esta situação não é condição *sine qua non* para estes profissionais de saúde, mas acontece.

Como supracitado, as experiências dos profissionais de saúde são marcadas pela adversidade, estes são constantemente confrontados com o sofrimento alheio, podendo o seu bem-estar físico e psicológico afectar-se. Assim, surge a necessidade de estes adoptarem **estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia**. Observou-se que os profissionais de saúde em estudo recorrem geralmente às mesmas estratégias, para lidarem com a adversidade, que a prática profissional lhes impõe. Estes profissionais de saúde percebem o suporte social, a aprendizagem adquirida e a auto-regulação como estratégias úteis para a sua auto-defesa. Sabe-se que a resposta a acontecimentos adversos não depende somente do acontecimento em si, mas também de outras variáveis inerentes ao ser humano. Uma análise da literatura permite constatar que a diversidade de respostas do ser humano face ao mesmo acontecimento se deve a vários factores, nomeadamente, à presença de estratégias, designadas em Psicologia, como estratégias de *coping*. As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde em estudo são, de modo geral, as mais utilizadas pelos profissionais da área da saúde, na medida em que são consideradas por estes como promotoras de saúde, ao minimizarem o impacto das experiências adversas e ao promoverem o seu bem-estar físico e psicológico. Realça-se que se observou que os profissionais de saúde não diferenciam as estratégias de *coping* dos mecanismos de defesa, denotando-se que recorrem aos dois termos como busca do mesmo significado e objectivo. Assim, pode-se adoptar a visão de Cramer (1998, citado por Pais Ribeiro, 2005) em relação a estes termos, que os mecanismos de defesa, tal como as estratégias de *coping*, são formas de lidar com adversidade.

De facto, vários estudos sustentam que o suporte social (Fusilier, Ganster & Mayes, 1986, citado por Manning et al., 1996; Henderson & Argyle, 1985, citado por Martins, 2003b; Turner, Barling & Zacharatos, 2002, citado por Paludo & Koller, 2007) e as relações interpessoais saudáveis em contexto laboral (Bennett et al., 2000, citado por Bennett, 2000, 2002; Cooper, 1971, citado por Martins, 2003b) se associam de modo positivo com o bem-estar físico e psicológico.

Importa, no entanto, salientar que os profissionais de saúde por vezes criam algum distanciamento na relação com o doente e sua família, de modo a não vivenciar de forma tão intensa a dor e a perda, porque quem cuida também sofre (Figley, 1995, citado por Sabin-Farrel & Turpin, 2003). Denota-se, assim, que os profissionais de

saúde adoptam o distanciamento na relação com o doente e sua família como mecanismo de defesa, facto que também foi observado em investigações anteriores (Buetow, 1995, citado por Caprara & Franco, 1999; Mota et al., 2006; Pereira & Lopes, 2002; Rizzotto, 2002, citado por Bazon et al., 2004). Este distanciamento propositado, imposto pelo profissional na sua relação com o doente e sua família, constitui igualmente uma estratégia de *coping*. Caracteriza-se como uma fuga ao problema, que permite ao profissional de saúde abstrair-se do assunto que o desgasta (Manning et al., 1988, citado por Manning et al., 1996). Esta atitude dos profissionais de saúde foi também observada num estudo de Vaz Serra (1999, citado por Pacheco & Jesus, 2007). O esforço pessoal e profissional, que os profissionais de saúde em estudo referem ter, constitui-se como estratégia de *coping*, estando mesmo para alguns profissionais intimamente relacionado com a fuga ou evitamento aos acontecimentos adversos, como observado num estudo de Manning, Williams e Wolfe (1988, citado por Manning et al., 1996).

A aprendizagem adquirida pelos profissionais de saúde em estudo, ao longo da vida pessoal e profissional, revela-se uma estratégia de *coping* com poder significativo face a adversidade, sobretudo a aprendizagem adquirida no seio profissional. Denotou-se, de forma unânime, que estes profissionais, independentemente de deterem ou não uma experiência profissional expressiva, referem que existe um processo de aprendizagem significativo e constante. Esta realidade foi igualmente a conclusão a que Motowildo, Packard e Manning (1986, citado por Manning et al., 1996) chegaram ao efectuarem um estudo com enfermeiros.

A auto-regulação é uma estratégia de *coping* utilizada pelos profissionais em estudo de modo sistemático. O confronto com situações adversas acarreta para o profissional de saúde uma necessidade de auto-regular a sua vida pessoal e profissional a nível físico e emocional. Estes têm de deter um auto-controlo de si próprio, de modo a viverem assertivamente, não se deixando dominar pela adversidade. Assim sendo, esta estratégia de *coping* permite ao profissional um *self* estruturado e ajustado à realidade. Quando o profissional de saúde não detém esta competência, torna-se um risco, na medida em que se encontra na eminência de sofrer de *stress* ocupacional ou *burnout*, como salientam Manning, Williams e Wolfe (1988, citado por Manning et al., 1996).

Apesar dos profissionais de saúde em estudo considerarem que não detêm apoio da instituição hospitalar, como gostariam, observou-se que estes conseguem ultrapassar de modo ajustado esta situação, fomentando em si próprios satisfação profissional e pessoal. Importa referir que a satisfação profissional que a maior parte dos profissionais revelam ter, apesar das adversidades laborais e institucionais com que se deparam diariamente e com as quais procuram lidar adequadamente para não se prejudicar a nível físico e psicológico, pode ser percebida como estratégia de *coping*. Mota, Martins e Vêras (2006) concluíram num estudo, que esta variável se apresenta como um factor protector para o profissional, excluindo os riscos de *stress* ocupacional e *burnout*. Salvaguarda-se ainda que a satisfação profissional se relaciona positivamente com a realização pessoal.

Importa ainda referir que os profissionais de saúde em estudo, quando questionados sobre a possibilidade da esperança, poder constituir-se como estratégia, responderam, após um período de auto-reflexão, que, pode realmente ser uma estratégia de *coping*, acrescentando, que até já recorreram provavelmente a esta em diversas situações, embora na maior parte das vezes de forma inconsciente, devido a nunca terem considerado a hipótese da esperança poder assumir-se como tal.

Do **construto esperança**, de acordo com os profissionais de saúde em estudo, pode-se extrair duas perspectivas na sua definição: uma de ordem pessoal e outra associada à prática profissional. Porém, salienta-se que ambas as perspectivas, embora estejam a ser apresentadas distintamente, foram construídas pelos profissionais de saúde com base nos conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Ao dar voz aos profissionais de saúde, foi possível observar diversos aspectos que definem a esperança e que são diferenciados pela literatura. Ainda que estes aspectos tenham sido divulgados pelos profissionais de forma isolada, através de uma fusão, estes permitem a compreensão do construto esperança na sua globalidade, assim como possibilitam observar que os profissionais de saúde, apesar de demonstrarem alguma hesitação e cepticismo em definir o construto, estão realistas da definição da característica humana positiva, a esperança.

Segundo a percepção destes profissionais, a esperança é, de uma forma integral, uma força oculta que move o ser humano, um sentimento positivo inerente a este último,

uma perspectiva de futuro melhor, de cura e de promoção de qualidade de vida. Assim, confirma-se que a esperança é uma experiência humana complexa e universal, inerente à condição humana, caracterizando-se como uma potencialidade essencial e própria ao ser humano (Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Teramoto, 1994). Denota-se que estes profissionais atribuem à esperança um valor significativo, o que se reflecte na definição de alguns autores (Barros de Oliveira, 2004; Frankl, 1975,1983 citado por Barros de Oliveira, 2004): ter esperança é encontrar sentido para a vida e para a morte, sendo que estes profissionais encontram-se confrontados diariamente na sua prática profissional com esta dualidade, considerada por estes difícil de gerir (Pereira & Lopes, 2002). De igual modo se reflecte na opinião de Linch (s/d, citado por Sousa & Rodrigues, 2008), que define a esperança como algo que permite à pessoa acreditar que a sua realidade pode alterar-se e encontrar uma solução para os seus problemas e dúvidas. A opinião dos profissionais de saúde em estudo sobre a esperança como perspectiva de cura e de promoção de qualidade de vida confirma-se na literatura consultada, ao salientar que a esperança tem um potencial intencionado para a terapêutica (Barros de Oliveira, 2004; Gropman, 2004; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Teramoto, 1994), sendo que estes estão numa situação privilegiada para suscitar ou não a esperança no doente e sua família, contribuindo para o seu restabelecimento e para a sua saúde, promovendo o seu próprio bem-estar, embora também a possam ameaçar. Importa ainda salvaguardar que, segundo estes profissionais de saúde, quando os casos clínicos oncológicos têm uma evolução positiva, estes contribuem para um sentimento de realização profissional que, por sua vez, se repercute na realização pessoal.

Observou-se que os profissionais de saúde associam a esperança à fé e a outras dimensões positivas que podem ser interpretadas individualmente, nomeadamente, o optimismo, o desejo e a eficácia pessoal. Esta distorção dos profissionais de saúde é também observada na literatura (Barros de Oliveira 2004; Bianchi & Dell'Aglio, 2006; Bloch, s/d, citado por Barros de Oliveira, 2004; Carvalho, 2003; Snyder, 2000; Snyder & Lopez, 2002). De facto, uma reflexão fundamentada na literatura, permite observar algumas características comuns, mas também diferenças, que consentem uma análise e interpretação individual dessas dimensões (Barros et al., 1993; Canova, 1989, citado por Barros de Oliveira, 2004; Snyder, 2000; Snyder & Lopez, 2002).

De um modo geral, ao dar voz aos profissionais de saúde, observa-se que definem a esperança com parâmetros próximos dos empregues pelos teóricos, nomeadamente, que a esperança possui uma expectativa de um bem que está para vir, de uma percepção de um estado futuro em que se alcançará uma meta desejada (Sancho, 2000, citado por Pereira, 2004b). Esta perspectiva é comum a todas as teorias sobre esperança (Averill, Catlin & Chon, 1990, citado por Barros de Oliveira, 2004; Scotland, 1969, citado por Magão & Leal, 2001a; Snyder, Irving & Anderson, 1995, citado por Snyder, 2000).

A literatura tem vindo a conceder uma ênfase expressiva à esperança, como virtude humana positiva pelos atributos que apresenta para o ser humano, não sendo a área da saúde exceção (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a; Sousa & Rodrigues, 2008). De facto, os profissionais de saúde em estudo, apesar de demonstrarem algum ceticismo e relutância em definir o construto esperança, por nunca terem debruçado interesse a este construto nesta perspectiva, evidenciaram, após um período de introspecção, que a esperança pode transportar para o ser humano repercussões positivas. Assim, esta característica humana é percebida pelos profissionais de saúde em estudo como uma virtude com extrema importância na vida do ser humano. De modo geral, estes profissionais revelaram que perante as situações adversas, com que se deparam diariamente na sua prática laboral, ter esperança torna-se essencial para a sua profissão, razão pela qual percebem a **esperança como virtude humana na saúde**. A esperança tem permitido aos profissionais de saúde em estudo tornarem-se resilientes às suas experiências e vivências adversas, o que reforça conclusões de investigações anteriores (Lazarus, 1993, citado por Pais Ribeiro, 2006).

Estes profissionais de saúde demonstraram que a esperança é capital para o doente e sua família, atribuindo a si próprio um papel fundamental neste âmbito, pois estes detêm competência para incutir e/ou reforçar a esperança nos doentes e família, mas também nos colegas de trabalho. Esta realidade foi também abordada na literatura, uma vez que os profissionais de saúde assumem um papel preponderante na relação terapêutica, a ausência de esperança nestes influenciará a esperança dos doentes e família (Holt, 2001, citado por Magão & Leal, 2001b; Lazure, 1996; Pereira, 2004b; Pires, 2006; Sousa & Rodrigues, 2008).

Ao dar voz aos profissionais de saúde, observou-se que estes consideram a esperança um componente essencial na vida pessoal e profissional, como observado na literatura (Menninger, 1959, citado por Magão & Leal, 2001a). A esperança tem sido reconhecida como uma força valorizada de promoção de vida, com potencial terapêutico, sendo por norma evocada com maior intensidade pelo ser humano em períodos adversos (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; Lazure, 1996; Magão & Leal, 2001a), o que é atestado pelos profissionais em estudo. A esperança como virtude humana na saúde, além de ser reconhecida por estes profissionais com este predomínio, é também identificada em vários estudos pelas mesmas razões. Estes comprovam que a esperança pode afectar a recuperação, o futuro da doença, o bem-estar físico e psicológico dos doentes e sua família e dos profissionais (Camon, 2003, citado Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Carvalho, 2003; Carvalho, 2007; Domingues & Albuquerque, 2008; Magão & Leal, 2001a; Marques et al., 2008; Martinez et al., 2007; Matla, 2006; Miller, 1985, O'Donnell, 1996, citados por Pires, 2006; Pedro & Pais Ribeiro, 2006; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Rocha, 2001; Seligman, 2002, citado por Paludo & Koller, 2007; Snyder et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007; Sousa & Rodrigues, 2008; Teramoto, 1994; Voitekane et al., 2006). Salienta-se ainda que a esperança assume também um papel considerável na prevenção da doença (Elliot et al., 1991, citado por Martinez et al., 2007; Richman et al., 2005, citado por Martinez et al., 2007).

Importa ainda referir que, apesar do reconhecimento que os profissionais de saúde facultam à esperança, estes têm consciência das suas limitações enquanto profissionais, principalmente no que respeita à sua falta de competências, nomeadamente quanto à indução e/ou reforço da esperança a terceiros. O que se verificou é que os profissionais de saúde procuram investir na sua formação académica, de modo a colmatar as lacunas que vivenciam em contexto profissional, desde falta de recursos humanos e técnicos. O novo paradigma da saúde ao preconizar uma relação humanizada entre o profissional de saúde e o paciente acarreta consigo, competências que não são próprias da formação académica de base dos médicos e enfermeiros e que estão inerentes a outras formações, como à Psicologia, o que aumenta por si só, o sentimento de falta de competências. No entanto, a literatura é clara neste aspecto, a relação humanizada profissional de saúde-paciente não exige aos médicos e aos enfermeiros que se tornem psicólogos, mas solicita-se que estejam atentos e que prestem cuidados, além da clínica (Bernard, 1993;

Boiteux, 2000; Capraca & Franco, 1999; Reichert et al., 2007). O que se observou no presente estudo é que os profissionais de saúde têm plena consciência da necessidade de existir um psicólogo na equipa de trabalho porque, por mais que dêem o seu melhor, há sempre limitações que não conseguem ultrapassar, por serem competências de outra disciplina, nomeadamente a Psicologia, e que se tornam essenciais no restabelecimento da saúde e promoção de qualidade de vida do doente e sua família, como também dos próprios profissionais de saúde (Pereira & Lopes, 2002).

Os profissionais de saúde em estudo demonstraram ainda que a esperança como virtude humana na saúde pretende mostrar a necessidade de criar metas e expectativas no doente, sua família e si próprio, de modo a não desmotivarem, não desistirem da vida e da prática de cuidados antecipadamente, de modo a contrariar o estigma social, que compreende o cancro como uma sentença de morte previamente anunciada (Campos, 1995; Kubler-Ross s/d, citado por Teles et al., 2003; Pereira & Matos, 2002). Neste âmbito, importa salientar o que Snyder, Irving e Anderson (1991, citado por Martinez et al., 2007) revelam acerca das potencialidades da esperança na área da saúde, recorrendo às componentes *agency* e *pathways*. Os autores referem que o componente *agency* propicia um tónico mental ao nível da sobrevivência psicológica em situações médicas complicadas, na medida em que permite um nível de actividade psicológica ajustada face a situações stressantes. Da dimensão *pathways*, surge o modo como as estratégias de *coping* são desenvolvidas e o ajustamento psicológico associado a essas estratégias, na medida em que níveis elevados desta dimensão proporcionam novos caminhos e oportunidades para contornar as situações indesejáveis e, assim, combater o cancro.

Perante esta realidade, a esperança como virtude humana, enquanto característica positiva e mobilizadora na prestação de cuidados de saúde, interessa aos doentes, seus familiares/cuidadores e aos próprios profissionais de saúde, devido aos efeitos positivos que exerce no bem-estar físico e psicológico e qualidade de vida destes. De facto, a virtude humana esperança assume-se como factor protector e promotor de saúde nestas populações, tornando-se realmente imprescindível na vida do ser humano, por adoptar um papel fundamental na sua saúde. Assim sendo, torna-se ainda mais indispensável a sua presença na vida dos profissionais de saúde, devido a estes serem confrontados no seu dia-a-dia com situações adversas, que possam implicar sofrimento e dor.

## **CAPÍTULO III**

### **DISCUSSÃO GERAL**

## **1. Estudo quantitativo e estudo qualitativo: Uma relação dinâmica**

Através da conjugação dos resultados obtidos nos dois estudos apresentados neste trabalho teórico-empírico, com perspectivas metodológicas diferentes, procurou-se responder aos objectivos propostos. A relação dinâmica que os dois estudos empíricos estabeleceram entre si permitiu uma compreensão mais abrangente da realidade (Ingold & Ingold, 1988, citado por Fonte, 2005). Assim, os resultados obtidos no primeiro estudo, de carácter quantitativo, permitiram dar continuidade ao trabalho empírico, ao facultarem informação pertinente que serviu de premissa para o segundo estudo, de carácter qualitativo, dando particular relevância à opinião dos profissionais de saúde alvo neste último.

De facto, os resultados obtidos indicam que a esperança dos profissionais de saúde em estudo não se encontra demasiadamente debilitada, apesar das experiências e vivências adversas com que se deparam quotidianamente na sua prática laboral, pois esta detém características muito peculiares que, em maior ou menor grau, podem afectar a curto, médio ou longo prazo o bem-estar desta população. O estudo quantitativo permitiu, ao adoptar como referência o ponto médio da Escala de Esperança, adaptada e aferida ao contexto português, observar que os profissionais de saúde em estudo, de um modo geral, apresentam índices de esperança positivos. Foi possível ainda observar que as variáveis sócio-demográficas seleccionadas, mesmo aquelas que a literatura identifica como potenciadoras de baixos índices de esperança, não se associam aos índices de esperança, o que indica que as oscilações observadas se devem a outros factores não analisados neste estudo. Neste sentido, estes resultados não permitem confirmar que as variáveis sócio-demográficas em estudo podem tornar vulneráveis os profissionais de saúde a nível físico e psicológico, colocando a integridade do seu “eu” em causa (Labate & Cassorla, 1999; Lazure, 1996; Mota et al., 2006; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007), nem mesmo aquelas que se encontram relacionadas com a prestação de cuidados de saúde a doentes em geral e a doentes oncológicos.

Ao dar voz aos profissionais de saúde no estudo de carácter qualitativo, foi ainda possível ter conhecimento da percepção destes acerca das suas experiências e vivências em contexto laboral, o que é que estas acarretam a nível físico e psicológico para o seu

bem-estar e que papel atribuem à esperança na sua prática profissional e no seu próprio bem-estar. Através das narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde em estudo teve-se conhecimento da realidade vivida por estes durante a sua prática profissional.

Estes relatos permitiram constatar que, de um modo geral, estes profissionais de saúde experienciam e vivenciam situações que os marcam física e psicologicamente, por estarem constantemente perante o sofrimento alheio e, em alguns casos, a perda. Estes profissionais de saúde descrevem a experiência de trabalhar em Oncologia recorrendo a três perspectivas: pessoal, profissional e relacional, através das quais caracterizam a vivência, os riscos e o impacto que esta pode acarretar, verificando-se uma significativa similaridade entre a descrição focada pela literatura e a opinião dos profissionais de saúde em estudo. Porém, através dos relatos destes profissionais de saúde identifica-se o suporte social, a aprendizagem adquirida e a auto-regulação como estratégias/recursos úteis para trabalhar em Oncologia, evitando, assim, tornarem-se vulneráveis aos riscos da prática profissional.

No que concerne a opinião dos profissionais de saúde em estudo relativamente à esperança, observou-se alguma reticência por parte destes em definir o construto, não por desconhecerem o seu significado, mas sim pela dificuldade que diziam sentir em traduzir em palavras a sua percepção e compreensão acerca deste construto. Porém, com maior ou menor facilidade, os profissionais de saúde em estudo descreveram a esperança sob duas ópticas: uma de ordem pessoal e uma outra de ordem profissional. Apesar dos profissionais de saúde manifestarem dúvidas, de um modo geral, definiram a virtude humana esperança realçando o seu carácter positivo e a sua pertinência na vida do ser humano. De facto, os profissionais de saúde em estudo atribuíram-lhe um papel extremamente importante no que respeita a saúde do ser humano, ao indicá-la como uma estratégia positiva para o restabelecimento da saúde ou promoção de qualidade de vida perante a doença e a saúde, assim como pela pertinência e necessidade de promoção no ser humano, sobretudo no domínio da saúde.

Os resultados obtidos nos estudos quantitativo e qualitativo permitiram fortalecer o fundamento já existente (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006;

McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002) de que a esperança, como virtude humana, constitui-se como um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a experiência e vivência de emoções negativas perante situações adversas.

Deste modo, espera-se que as conclusões de ambos os estudos constituam um quadro de referência para a prática médica e de enfermagem, mas, sobretudo, para o bem-estar dos profissionais de saúde que, de um modo geral, se confrontam com o sofrimento alheio e a perda e, em particular, para o bem-estar dos profissionais de saúde em estudo da ULSAM, E.P.E, seus doentes e familiares destes últimos.

## **2. Limitações dos estudos empíricos e sugestões para estudos futuros**

Após o término dos dois estudos empíricos que compõem a presente investigação, torna-se fundamental fazer uma retrospectiva de todo o processo desenvolvido para a realização dos mesmos.

O facto de, no estudo quantitativo, não se observar uma associação entre a esperança dos profissionais de saúde em estudo e as variáveis sócio-demográficas seleccionadas (idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência, tempo que exerce a sua profissão e tempo de serviço em Oncologia), pode estar relacionado com o tamanho da amostra ( $N=63$ ). Porém, é de salientar que o número de participantes neste estudo é considerável, na medida em que, segundo as informações facultadas verbalmente pela Direcção Clínica da ULSAM, E.P.E, o número de potenciais participantes seria aproximadamente de oitenta e cinco, número que não tem em atenção as baixas médicas, as licenças de maternidade e as licenças sem vencimento, desconhecendo-se o número exacto respeitante a estas situações no período de recolha de dados.

Tal pode também estar relacionado com o facto da amostra ser, de um modo geral, heterogénea, verificando-se, apenas homogeneidade relativamente à nacionalidade, consequência directa do facto da amostra ser intencional. O recurso a amostras intencionais não permite um controlo sobre as características sócio-demográficas dos

participantes, tendo em conta que o desígnio fundamental para a sua selecção foi a prática de cuidados de saúde médicos e de enfermagem a doentes oncológicos internados ou em ambulatório. Assim, a heterogeneidade sócio-demográfica produz vários grupos de participantes que, devido ao reduzido tamanho da amostra, apresentam características que impossibilitam uma análise estatística inferencial mais precisa.

Outro factor susceptível de justificar a ausência das associações em causa relaciona-se com o facto da amostra deter uma experiência profissional não muito significativa, nomeadamente em contexto oncológico. Tal pode influenciar os resultados porque a esperança pode-se tornar vulnerável após um confronto sistemática com experiências e vivências adversas (Labate & Cassorla, 1999; Lazure, 1996; Mota et al., 2006; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007), neste caso caracterizadas pelo sofrimento alheio ou pela perda, isto aliado à ausência ou fragilidade das estratégias de *coping*, segundo as narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde do estudo qualitativo.

Neste contexto, seria pertinente, em estudos futuros com o mesmo cariz, aumentar o tamanho da amostra, agregando profissionais de saúde de outras instituições públicas e privadas, que exercem funções profissionais em condições semelhantes, nomeadamente em unidades oncológicas.

Seria igualmente pertinente explorar outras variáveis sócio-demográficas, passíveis de influenciar a esperança dos profissionais de saúde, uma vez que se verificaram oscilações nesta, com um intervalo de 37 valores. Assim sendo, pode-se inferir que as discrepâncias quanto à esperança podem estar relacionadas com factores não explorados nesta investigação, o que justifica e se assume como uma vertente para futuros estudos. Por exemplo, com base na literatura consultada, a religião é uma variável sócio-demográfica a ser explorada, uma vez que esta é, por diversas vezes, percepcionada como esperança (Bianchini & Dell'Aglio, 2006; Bloch, s/d, Heb 11, 1, citados por Barros de Oliveira, 2004). Neste sentido, seria importante acrescentar ao questionário sócio-demográfico a religião (se os participantes têm ou não religião, qual é e se são ou não praticantes) e explorar a relação entre a esperança e estes indicadores.

Realça-se ainda que em estudos futuros poder-se-á focar variáveis relativas às instituições, onde os participantes exercem a sua profissão (e.g., instituição pública vs. privada). Neste exemplo, outros factores devem ser tidos em atenção, como a possibilidade dos profissionais de saúde exercerem cuidados em ambos os locais, visto que existem profissionais vinculados à prática pública e privada.

No estudo qualitativo foram igualmente observadas algumas limitações que servem de exemplo ao assumirem-se como aspectos a ter em atenção aquando do planeamento de futuras investigações deste cariz. Apesar do estudo qualitativo ter sido bastante reflectido e projectado com ponderação, procurando cumprir os procedimentos recomendados pela literatura especializada (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001; May, 2004; Punch, 2005; Strauss & Corbin, 1997), torna-se importante que de futuro se tenha em atenção as limitações observadas. Além das limitações que a heterogeneidade da amostra impôs, estas relacionam-se principalmente com a metodologia utilizada para a análise dos dados. De facto, como referido anteriormente, este estudo seguiu a tendência actual das investigações no âmbito das ciências sociais (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001), de modo a aceder a aspectos a que dificilmente se tem acesso, através de instrumentos de avaliação (e.g., escalas, questionários, *check-list*), tendo em conta que ao dar voz aos participantes procurou-se aceder a informações e percepções que não se obtém com um outro método, exceptuando a entrevista (Fernandes, 2001; Fernandes & Maia, 2001). Todavia, a ausência de prática por parte do investigador, visto se tratar de um primeiro contacto com esta metodologia, *Grounded Analysis*, pode ter influenciado o desenvolvimento do estudo e, conseqüentemente, ter facilitado o surgimento de limitações, nomeadamente na interpretação da informação recolhida ao valorizar ou desvalorizar determinados aspectos.

Outro motivo que pode ter influenciado o desenvolvimento do estudo qualitativo, é a temática em si, a esperança. É habitual o ser humano falar em esperança, até porque este vive sempre à espera de algo. Desde muito cedo, já em criança, o ser humano delinea projectos para a sua vida, que pretende ver concretizados a curto, médio ou longo prazo (Snyder, 2000). Porém, com fundamento nas narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde, acontece que, a maioria dos seres humanos, vive a sua vida com esperança, em maior ou menor grau, mas nunca se debruçou sobre a temática de modo a

entendê-la na sua génese. Assim, sendo uma temática com uma vertente abstracta torna-se ainda mais difícil abordá-la e explicá-la a terceiros, independentemente de ser uma característica inerente ao ser humano, como referenciado na literatura, ou a amostra do presente estudo ser bastante diferenciada.

É de salientar que seria igualmente relevante realizar um estudo longitudinal, com propósitos semelhantes, através do qual se poderia aceder a dados importantes no que respeita os índices de esperança dos profissionais de saúde, assim como a percepção que estes vão construindo acerca da sua prática profissional em Oncologia, o impacto físico e psicológico que esta acarreta para o bem-estar e o papel que a esperança pode deter em si. Assim, um estudo longitudinal permitiria compreender a evolução da percepção dos profissionais de saúde acerca destes domínios, inclusive da esperança, na medida em que esta pode ser alterada ao longo do tempo (Pais Ribeiro, 2007; Snyder, 2000).

Todavia, apesar das limitações observadas nos dois estudos empíricos e que auxiliam aspectos a ter em ponderação em futuras investigações, foi possível contribuir para a compreensão da esperança como virtude humana, numa população que detém um papel preponderante para a saúde do ser humano, os profissionais de saúde. Os resultados da presente investigação e as sugestões facultadas para futuros estudos reforçam a necessidade de desenvolver estudos neste âmbito, pelas potencialidades que são atribuídas às características humanas positivas, em particular à esperança. Deste modo, é imprescindível persistir em estudos desta natureza, para se ter conhecimento das variáveis ou características da personalidade humana, que podem se associar negativa ou positivamente à esperança dos seres humanos, com o intuito de suprimir as negativas e promover as positivas.

Assim sendo, torna-se fundamental investir no domínio da Psicologia Positiva, como método preventivo da doença, protector da saúde e, principalmente, promotor de qualidade de vida do ser humano, como se denotou através das narrativas e significados dos profissionais de saúde, o que reforçou conclusões de estudos anteriores (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002). Neste sentido, é fundamental dar continuidade a estudos deste cariz.

**CONCLUSÃO GERAL**

A presente investigação, apesar de se denotar algumas limitações e estar circunscrita à realidade vivenciada numa unidade oncológica de um hospital público do litoral norte, considera-se que o seu objectivo geral foi alcançado: avaliar a esperança, analisar as variáveis sócio-demográficas que podem estar associadas a esta dimensão e contribuir para a sua compreensão de modo mais aprofundado, na medida em que ao dar voz aos profissionais de saúde em estudo, obteve-se as percepções pessoais destes perante a prática profissional, o impacto físico e psicológico que esta pode acarretar para o seu bem-estar e o papel que atribuem à esperança para o exercício da sua profissão e para o seu bem-estar neste contexto.

A esperança é ela própria um conceito com vários limites, que não é estudado por uma só disciplina, sendo que filósofos, teólogos, psicólogos e sociólogos, como se comprovou, reclamam o seu estudo para as respectivas disciplinas, construindo quadros conceptuais que embora muito diferentes entre si, quando analisados conjuntamente, coincidem com os elementos significativos da esperança.

Perante isto, justificou-se investigar e enaltecer o construto esperança, um construto positivo, inerente ao ser humano, assim como pelo seu potencial marcante na vida deste, não sendo a área da saúde uma excepção. Pelo contrário, diversos estudos realizados neste âmbito têm demonstrado que a esperança tem primazia na prevenção de doenças, na protecção e na promoção da saúde, confirmando-se a existência de um interface entre Psicologia Positiva e Psicologia da Saúde. De facto, constata-se semelhanças e alguma homogeneidade entre os objectivos destes dois movimentos científicos da Psicologia; pois ambos visam entre outros, a promoção e manutenção da saúde. Assim sendo, a esperança, no domínio da saúde como em outros, anuncia-se como uma característica pessoal positiva, com autoridade e supremacia na vida dos seres humanos.

Esta virtude, força ou característica humana positiva, como é apelidada pela maior parte dos autores consultados, tem grande relevância na prestação de cuidados de saúde, tanto para o doente, sua família, como para o profissional de saúde que se depara constantemente no seu dia-a-dia com situações adversas, que inevitavelmente colocam o seu bem-estar físico e psicológico em causa, mesmo que seja por breves instantes, dependendo das suas características pessoais. Ninguém fica imune ao sofrimento alheio,

principalmente o profissional de saúde que se dedica afincadamente à ciência de cuidar. Deste modo, os profissionais de saúde devem não só preocupar-se com a dor e o sofrimento do doente oncológico, com as angústias e os medos dos seus cuidadores, como especialmente consigo próprios.

Perante este cenário, os profissionais de saúde em estudo constituem um grupo de risco, uma vez que se encontram expostos a uma realidade passível de ser indutora de índices de esperança baixos e, até mesmo, de desenvolvimento de *stress* ocupacional e, em casos extremos, de *burnout*. No entanto, os profissionais em estudo apresentaram índices de esperança satisfatórios, apesar das características peculiares da área em que prestam cuidados de saúde. De facto, os resultados providenciam que a esperança dos profissionais de saúde que prestam cuidados médicos e de enfermagem em contexto oncológico não se encontra debilitada, uma vez que a maioria demonstrou índices de esperança superiores ao ponto médio da escala. Esta realidade pode estar associada ao facto da esperança, como característica humana positiva, se constituir como um investimento de excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano positivo, tornando-se uma forma inovadora e complementar de delimitar a experiência e a vivência de emoções negativas perante a adversidade, assumindo-se como indicador de bem-estar do ser humano (Groopman, 2004; Lange, 1982, citado por Pires, 2006; McDermott & Hastings, 2000, citado por Marques et al., 2008; Paludo & Koller, 2007; Seligman et al., 2005; Snyder & Lopez, 2002). Assim sendo, estes resultados não confirmaram a possibilidade dos médicos e enfermeiros poderem tornar-se vulneráveis a nível físico e psicológico, colocando a integridade do seu “eu” em causa (Labate & Cassorla, 1999; Lazure, 1996; Mota et al., 2006; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007), por prestarem cuidados de saúde a doentes oncológicos.

Ao dar voz aos profissionais de saúde, observou-se que a esperança surge, então, como um estratégia de  *coping*  poderosa na vida do doente, sua família e, sobretudo, na vida dos profissionais de saúde em estudo, por se constituir como uma fonte motivadora do comportamento humano. Neste sentido, as narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde em estudo reforçam a teoria de Snyder e colaboradores que inclui a noção de temporalidade, desejabilidade e expectativa na caracterização do construto esperança. Esta teoria sugere que a esperança envolve a percepção de que objectivos

personais podem ser alcançados, sendo cada vez mais, na sua perspectiva, a esperança entendida como compreensível, mensurável e essencial como estratégia de *coping*.

Este construto positivo e potencialmente protector contribui grandemente para que os profissionais de saúde acreditem e tenham esperança de cuidar e curar, tendo em conta o facto que é para esta vertente que são preparados e, assim, lutar por um futuro melhor do doente oncológico e seus cuidadores, inculindo-lhes e/ou reforçando-lhes a esperança, de modo a que estes vejam muitos dos seus projectos de vida concretizados, ao serem temporalmente adiados pela doença. No entanto, apesar dos grandes avanços científicos na Saúde, o profissional de saúde vê-se confrontado frequentemente com a eminência de morte e perda, principalmente os que contactam com doentes oncológicos, pacientes portadores de uma doença com risco de vida, na qual a esperança de vida é efémera em muitos casos. Nestes casos, a tentativa de cura constitui claramente uma falsa esperança, uma esperança irrealista, mas que não é sinónimo de pura ilusão. Os profissionais podem ainda manter a esperança viva, através da vertente paliativa, proporcionando a estes doentes qualidade de vida nos seus últimos dias de existência. Sem dúvida que a presença desta dimensão nos profissionais de saúde ao longo do exercício das suas profissões contribui fortemente para o restabelecimento de uma qualidade de vida a que todo o ser humano aspira, quer na prática curativa como na prática paliativa.

Como se comprova, a esperança, sendo uma característica pessoal positiva, pode tornar-se benéfica na vida de qualquer ser humano, inclusive nos profissionais de saúde que exercem as suas funções em unidades oncológicas e que angariam experiências e vivências marcantes, passíveis de influenciar o bem-estar destes. Esta característica pessoal prenuncia-se como uma estratégia de *coping* eficaz face a situações adversas provocadas pela prática profissional, contribuindo para o bem-estar desta população e, por conseguinte, para um processo de resiliência. Observa-se, assim, que a esperança é uma virtude humana necessária para que o homem possa viver com dignidade ou ao menos sobreviver (Groopman, 2004).

Neste sentido, é primordial que os profissionais de saúde, em especial aqueles que lidam com doenças crónicas e potencialmente fatais como o cancro, não se esqueçam e

entendam que para além da vertente técnico-científica e sócio-relacional, a esperança como virtude humana na saúde pode ser fundamental para encurtar o período de doença, determinar a cura do doente ou mesmo manter o bem-estar físico e psicológico das pessoas envolvidas neste processo, desde o doente ao próprio profissional. Assim sendo, e de acordo com as narrativas e significados atribuídos pelos profissionais de saúde em estudo, o provérbio *enquanto há vida há esperança* reflecte como a sabedoria popular, mas também a sabedoria profissional entende a esperança como algo inerente e importante à vida do ser humano, seja esta entendida enquanto vida do homem ou como vida da humanidade, pois, uma e outra são integrantes da natureza humana.

Esta investigação teórico-empírica, além de constituir um pequeno contributo para o desenvolvimento e enriquecimento do tema, permitiu observar e adquirir uma noção global de diversos aspectos que rodeiam a ciência de cuidar em Oncologia e o papel da virtude humana esperança. Este tema, sob o foco da Psicologia Positiva, começa agora a ganhar superioridade, tornando-se objecto de interesse, preocupação e empenho por parte de diversos investigadores, pela importância que exerce na vida do ser humano, mas principalmente para os seres humanos que se confrontam com a adversidade, uma vez que a esperança emerge, nestas situações, como uma resposta básica e essencial aos diversos acontecimentos do quotidiano, mas é sobretudo em períodos agudos que se requer um processo adaptativo por parte do ser humano, mais transcendente do que os habituais. Crê-se, assim, que o mérito incontestável destes profissionais de saúde impõe que o conhecimento científico nesta área avance para que a prevenção de situações ansiogénicas, a intervenção e o apoio perante a adversidade imposta pelas doenças crónicas e/ou terminais como o cancro, nomeadamente através da valorização das virtudes e potencialidades humanas, em particular, a esperança, possa constituir uma realidade nas instituições hospitalares, para que os doentes, seus cuidadores e sobretudo, os profissionais de saúde não sofram com o impacto negativo que a exposição directa ou indirecta ao sofrimento alheio e à perda possa acarretar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Altun, I. (2002). Burnout and nurses personal and professional values. *Nursing Ethics*, 3, 9, 269-278.
- Barros de Oliveira, J. H. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: ASA Editores.
- Barros, J. H., Barros, A. M., & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Bazon, F. V. M., Campanelli, E. A. & Blascovi-Assis, S. M. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6 (2), 89-99.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde* (C. Nordeste, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2000)
- Bernanos (s/d). In J. H. Barros de Oliveira. *Psicologia Positiva* (p. 111). Porto: ASA Editores.
- Bernard, J. (1993). *Esperanças e sabedoria da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bianchi, E. R. F. (2000). Enfermeiro hospitalar e o stress. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 34, 4, 390-394.
- Bianchini, D. C. S. & Dell’Aglia, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16 (35), 427-436.
- Boiteux, A. (2000). Le patient au cœur du système. *Soins Cadres*, 36, 15-17.
- Brezina, O. (s/d). In G. Santos. *1001 pensamentos*. Porto: Campo das Letras, Editores.

- Bub, M. B. C. (2005) A ética no trabalho e a ética na pesquisa. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (1), 65-74.
- Campos, T. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: E.P.U.
- Caprara, A. & Franco, A. L. S. (1999). A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (3), 647-654.
- Carvalho, I. S. (2007). Clima psicológico como preditor da saúde e do bem-estar de profissionais de saúde em contexto hospitalar. *Psicologia*, XXI (1), 27-58.
- Carvalho, L. & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7, 3, 210-222.
- Carvalho, Z. M. F. (2003). A fé-esperança: Diagnóstico e intervenção de Enfermagem. *Enfermagem*, 29, 30, 51-56.
- Costa, J. & Lima, R. (2005). Luto da equipe: Revelações dos profissionais de Enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2, 13, 151-157.
- Delmas, P. & Clément, R. (2005). Le pouvoir des organisations. *Soins Cadres*, 54, 19.
- Dias, M. A. A. (2006). Humanização do espaço hospitalar: Uma responsabilidade compartilhada. *O Mundo da Saúde*, 30 (2), 340-343.
- Dias, M. R. (1997). *A esmeralda perdida: A informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: ISPA Edições.
- Dias, M. R. (1999). A doente veterana: Saberes esquecidos nos sistemas de saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 499-512.

- Domingues, V. & Albuquerque, E. (2008). Cancro do pulmão: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIV, 2, 261-269.
- Fernandes da Fonseca, A. (2004). Victor Frankle e o conceito da Logoterapia. *Revista de Psiquiatria e de Psicologia*, XXV, 1-2 e 3-4, 51-59.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. S. Almeida (ed.). *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica* (pp.49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fernandes, E. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: Estudo das memórias do terapeuta activo durante o processo de recordação do cliente*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Feuerwerker, L. C. M. (2003). Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista de ABENO*, 3 (1), 24-27.
- Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação* (M. G. R. Alves, Trad.). Porto: Edições ASA. (Obra original publicada em 1990)
- Fonte, C. (2005). Investigar narrativa e significados: A Grounded Analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, 2, 290-297.
- Fonte, C. (2006). A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), 123-131.

- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12, 1, 43-50.
- Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 1, 69-89.
- Groopman, J. (2004). *A anatomia da esperança: A descoberta pela medicina moderna do poder da emoção no combate às doenças*. (S. Duarte, Trad.). Rio de Janeiro: Objectiva. (Obra original publicada em 2004)
- Justo, J. M. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. R. Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi.
- Kierkegaard (s/d). In J. H. Barros de Oliveira. *Psicologia Positiva* (p. 111). Porto: ASA Editores.
- Labate, R. C. & Cassorla, R. M. S. (1999). A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 101-105.
- Lazure, H. (1996). O processo da transplantação de órgãos: Quando os cuidadores de Enfermagem enxertam a esperança. *Servir*, 45, 1, 37-42.
- Lima Santos, N. & Cortinhas, S. (2003). Avaliação das “fontes de pressão no emprego” em profissionais de saúde de instituições públicas do norte de Portugal. *Revista de Psiquiatria*, XXIV, 3-4, 36-50.

- Llor, B., Abad, M. A., Garcia, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw Hill.
- Lobão, C. A. (2003). Consentimento informado. *Informar*, VIII, 30, 20-22.
- Locke, K. (2001). *Grounded Theory in management research*. London: Sage.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Lopez, S., Snyder, C. R., Magyar-Moe, J. L., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Janowski, K., Turner, J. L. & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley & S. Joseph (ed.). *Positive Psychology in practice* (pp.388-404). New Jersey: Wiley.
- Magão, M. T. G. & Leal, I. P. (2001a). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 3-22.
- Magão, M. T. G. & Leal, I. P. (2001b). A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. In M. R.Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia oncológica* (pp. 321- 344). Lisboa: Climepsi
- Malagris, L. E. N. & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398.
- Manning, M. R., Jackson, C. N. & Fusilier, M. R. (1996). Occupational stress and health care use. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 101-109.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editora.

- Marques, S. & Pais Ribeiro, J. L. (2006). Contribution for the validation of the Snyder Trait Hope Scale. *Book of abstracts of 3<sup>rd</sup> European Conference on Positive Psychology*. Retirado em 15 de Julho de 2008 do site [http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts\\_VF % 20\[pos-conf\].pdf](http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts_VF%20[pos-conf].pdf).
- Marques, S., Marques, A., Pais Ribeiro, J. L. & Lopez, S. (2008). Esperança e satisfação com a vida em estudantes expostos à violência interpaparental: Estudo comparativo. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 651-654). Lisboa: ISPA Edições.
- Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M. & Cunha, J. V. (2007). A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13, 1, 37-54.
- Martins, G. A. (2002a). *Estatística geral e aplicada*. São Paulo: Editora Atlas.
- Martins, M. (2003b). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium*, 8, 28, 229-252.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A. & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*, 13, 1, 115-136.
- Matla, T. (2006). Surviving Leukemia: Protective human strengths for healing. *Book of abstracts of 3<sup>rd</sup> European Conference on Positive Psychology*. Retirado em 15 de Julho de 2008 do site [http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts\\_VF % 20\[pos-conf\].pdf](http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts_VF%20[pos-conf].pdf).
- May, T. (2004). *Pesquisa social: Questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed.

- McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, XII, 2-3, 193-200.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Mendes, A. (1996). *Síndrome de burnout em enfermeiros de Psiquiatria: Jornadas em saúde pública e saúde ocupacional* (pp.31-48). Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política da humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11, 2, 323-330.
- Pacheco, J. E. P. & Jesus, S. N. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 32-41.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2006). As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress. In P. Costa, C. L. Pires & J. Veloso (Org.). *Stresse Pós-traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.13-19). Leiria: Editorial Diferença.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L., Pedro, L. & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da Escala de Esperança (de Futuro). In I. Leal, J. L. Pais

Ribeiro & S. Neves (ed.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp.75-81). Lisboa: ISPA Edições.

Pais Ribeiro, J. L., Pedro, L. & Marques, S. (2008). O optimismo disposicional e a esperança predizem a percepção do estado da saúde e da qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (suplemento), p.14.

Paludo, S. S. & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17 (36), 9-20.

Paludo, S. S. & Koller, S. H. (s/d). Gratidão em contextos de risco: Uma relação possível?. *Psicología, Cultura y Sociedad - Psicodebate*, 7, 55-66.

Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano* (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1998)

Parreira, P. & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de Oncologia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.

Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 513-517.

Pedro, L. & Pais Ribeiro, J. L. (2006). The role of hope in the perception of the severity of disease, physical functioning and feeling about life in patients with multiple sclerosis. *Book of abstracts of 3<sup>rd</sup> European Conference on Positive Psychology*. Retirado em 15 de Julho de 2008 do site [http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts\\_VF % 20\[pos-conf\].pdf](http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts_VF%20[pos-conf].pdf).

Pedro, L. & Pais Ribeiro, J. L. (2008). A influência do optimismo e da esperança na percepção de distress com a saúde em indivíduos com esclerose múltipla. In I.

Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 363-366). Lisboa: ISPA Edições.

Pereira, A. (2004a). *SPSS Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, M. A. G. (2004b). A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde – opiniões e perspectivas. *Enfermagem Oncológica*, 7, 28/29, 34-39.

Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, M. G. & Matos, P. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. G. Pereira & C. Lopes. *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.

Pérez-Ramos, J. (2006). Progressos da Psicologia Positiva: Um trabalho inacabado. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 2, 23-26.

Pina, J. A. E. (1994). *A responsabilidade dos médicos*. Lisboa: Edições técnicas.

Pinto, C. A. S. & Pais Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de um cancro: Uma outra realidade!. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (1), 142-148.

Pires, A. P. M. (2006). *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Pola, M., Messalles, A. & Carretero, J. (2005). Evaluación de la competencia clínica en enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 28, 7-8, 493-498.

Polleti, R. (1980). O conceito de esperança nos cuidados da Enfermagem. *Servir*, 29.

- Pritsch, E. I. (2007). *O mito de Pandora*. Retirado em 1 de Setembro de 2008 do site <http://www4.fapa.com.br/cienciaseletras/pdf/revista42/ElianaIngePritsch.pdf>.
- Punch, K. F. (2005). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches*. London: Sage.
- Quintana, A. M., Cecim, P. S. & Henn, C. G. (2002). O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26, 3, 204-210.
- Ramalho, M. A. N. & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo*, 12, 1, 123-132.
- Reichert, A. P. S., Lins, R. N. P. & Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9, 1, 200-213.
- Reuchlin, M. (1986). *Métodos em Psicologia* (A. Silveira, Trad.). Lisboa: Edições Teorema. (Obra original publicada em 1986)
- Ricci Bitti, P. & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social* (2ª ed.) (M. Ruas, Trad.). Lisboa: Editorial Estampa. (Obra original publicada em 1983)
- Rich, S. (2002). Caregiver grief: Taking care of ourselves and our patients. *International Journal of Trauma Nursing*, 8, 1, 24-28.
- Rodrigues, V. M. (2001). O profissional da saúde e o doente moribundo. *Hospitalidade*, 65, 252, 11-14.
- Sabin-Farrel, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychological Review*, 23, 449-480.

- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 5, 410-421.
- Serra, M. N. (2005). *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Silva, C. M. (1994). *Estatística aplicada à Psicologia e ciências sociais*. Lisboa: McGrawHill.
- Silva, L. M. H. & Zago, M. M. F. (2001). O cuidado do paciente oncológico com dor crónica na ótica do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4), 44-49.
- Silva, M. J. P. (2002). Simpósio: O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10 (2), 73-88.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. In C. R. Snyder & S. J. Lopez. *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.
- Sobrinho, C. L. N., Carvalho, F. M., Bonfim, T. A. S., Cirino, C. A. S. & Ferreira, I. S. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (1), 31-140.

Sousa, M. C. & Rodrigues, S. M. (2008). Sobre a esperança no Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 76, 20-22.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. London: Sage.

Teles, S. S., Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na área da Oncologia: A avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colorrectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 2, 71-77.

Teramoto, M. (1994). As esperanças e alegrias de uma enfermeira: O meu ponto de vista sobre a formação em Enfermagem. *Servir*, 42, 5, 273-278.

Voitkane, S., Mieзите, S. & Vanags, M. (2006). Hope in relation to life satisfaction, psychological immune system and depression in first-semester university students in Latvia. *Book of abstracts of 3<sup>rd</sup> European Conference on Positive Psychology*. Retirado em 15 de Julho de 2008 do site [http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts\\_VF % 20\[pos-conf\].pdf](http://www.iep.uminho.pt/3ecpp/Documentos/Abstracts_VF%20[pos-conf].pdf).

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, esp., 75-84.

**ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

---

**A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

---

---

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

---

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:**  Feminino                       Masculino

**Estado civil:**  Solteiro(a)     Casado(a)/União de facto  
 Divorciado(a)/Separado(a)                       Viúvo(a)

**Profissão:**  Médico(a)     Enfermeiro(a)  
 Técnico de diagnóstico e Terapêutica                       Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Meio de proveniência:**  Rural                       Urbano

**Nacionalidade:**  Portuguesa                       Outra \_\_\_\_\_

**Tempo que exerce a sua profissão:** \_\_\_\_\_ anos

**Tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos:**

\_\_\_\_\_ anos

## **ANEXO B**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: ESCALA DE ESPERANÇA OU ESCALA DE FUTURO**

---

## ESCALA DE FUTURO

---

Leia cuidadosamente cada pergunta. Utilizando a escala abaixo mencionada, por favor selecione o número que melhor o descreve e coloque esse número em cima do traço de cada pergunta.

- 1= Totalmente Falso
- 2= Quase totalmente Falso
- 3= Em grande parte Falso
- 4= Ligeiramente Falso
- 5= Ligeiramente Verdadeiro
- 6= Em grande parte Verdadeiro
- 7= Quase totalmente Verdadeiro
- 8= Totalmente Verdadeiro

- \_\_\_ A. Consigo pensar em várias maneiras de me desenrascar.
- \_\_\_ B. Tento alcançar incansavelmente os meus objectivos.
- \_\_\_ C. Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo.
- \_\_\_ D. Existem vários caminhos para ultrapassar um problema.
- \_\_\_ E. Sou facilmente dominado(a)/derrotado(a) numa discussão.
- \_\_\_ F. Consigo pensar em várias maneiras de ter as coisas que acho importantes para mim.
- \_\_\_ G. Preocupo-me com a minha saúde.
- \_\_\_ H. Mesmo quando os outros se sentem desencorajados, eu sei que posso encontrar um caminho para resolver um problema.
- \_\_\_ I. A minha experiência passada preparou-me bem para o futuro.
- \_\_\_ J. Tenho sido bem sucedido(a) na vida.
- \_\_\_ K. Normalmente ando preocupado(a) com alguma coisa.
- \_\_\_ L. Alcanço os objectivos que estabeleço para mim.

**Obrigado pela sua colaboração.**

## **ANEXO C**

**CONTACTO POR ESCRITO COM O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, E.P.E. (ULSAM, E.P.E), AO QUAL  
SE ANEXOOU O PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO**

Marisa Isabel Viana Barros  
Rua da Bedia, 47 – Sabariz  
4935-802 Vila Fria VCT

**Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E**  
Ao cuidado do Presidente do Conselho de  
administração – Exmo. Senhor Dr. Manuel Alves  
Estrada de Santa Luzia  
4901-858 Viana do Castelo

Viana do Castelo, 31 de Julho de 2008

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados para dissertação de Mestrado.

Eu, Marisa Isabel Viana Barros, sou aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa e, estou actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Mestre Carla Fonte.

Após o término do estágio realizado na Consulta Externa do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E, sob orientação da Dra. Branca Miquelino e da Dra. Ângela Pontes, venho por este meio solicitar a autorização de V. Ex.<sup>a</sup> para contactar com o Departamento de Medicina deste hospital, no qual se prestam os serviços de saúde aos doentes oncológicos, de modo a recolher os dados pretendidos para uma investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: “*A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para a prática profissional*”.

Junto envio a proposta de investigação e em anexo a esta, o consentimento informado dos participantes, assim como, os instrumentos utilizados para a recolha de dados.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através do número telefónico 93 8095769 ou através de correio electrónico 13677@ufp.pt.

Com os melhores cumprimentos, aguardando resposta.

Atentamente,

---

Marisa Isabel Viana Barros

# PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

---

---

## A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

---

**Resumo:** O presente projecto de investigação pretende fundamentar e apresentar a pertinência da realização deste estudo, discutindo as contribuições teóricas e empíricas sobre a esperança, bem como a possível influencia e contribuição desta em profissionais de saúde, que prestam os seus serviços junto de doentes oncológicos, uma vez que este contexto acarreta um desgaste emocional significativo nesta população. Historicamente, a ciência psicológica preocupou-se em investigar patologias, negligenciando os aspectos saudáveis dos seres humanos. Deste modo, com esta investigação visa-se contribuir para a mudança no foco das contribuições da Psicologia, adoptando o paradigma da Psicologia Positiva, uma vez que esta pretende contribuir com o florescimento e o funcionamento saudável das pessoas, grupos e instituições preocupando-se em fortalecer competências ao invés de corrigir deficiências.

**Palavras-chave:** Psicologia Positiva, Esperança, Profissionais de saúde, Oncologia.

### 1. Enquadramento teórico

A escolha do tema “A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para a prática profissional” deve-se ao interesse em avaliar a esperança dos profissionais de saúde que trabalham em contexto oncológico,

compreender as suas experiências e as suas vivências, o impacto físico e psicológico que estas causam no seu bem-estar, assim como, a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde contribui e/ou influencia o exercício da sua profissão e o seu bem-estar neste mesmo contexto, uma vez que este acarreta um desgaste emocional significativo nesta população.

Outros factores justificativos desta escolha são evidenciados pela literatura existente na área e da qual partilho opinião. São esses mesmos factores que, de igual modo, esclarecem as razões pelas quais os investigadores não debruçam os seus interesses sobre esta temática, tal como se comprova.

De facto, por norma, os psicólogos interessam-se pelo funcionamento negativo da personalidade e pelas emoções negativas (e.g., depressão, desânimo, ansiedade) do que pelas emoções positivas (e.g., esperança, felicidade, sabedoria, alegria, optimismo) do comportamento humano (Barros de Oliveira, 2004; Yunes, 2003). Segundo Lourenço (2000, citado por Barros de Oliveira, 2004), torna-se necessário inverter tal tendência, prestando maior atenção aos aspectos positivos do comportamento humano. Sheldon e King (2001, citado por Yunes, 2003, p.75) reforçam este facto, realçando que os psicólogos contemporâneos devem adoptar “uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas”.

Perante estes indicadores e “o reconhecimento de que o bom e a excelência existem, são reais e avaliáveis, e merecem a atenção da ciência” (Cameron, Dutton & Quinn, 2003, citado por Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007, p.115), alguns autores defendem a necessidade de saber mais sobre o que caracteriza as pessoas e os sistemas humanos no seu melhor e como incrementá-lo. Assim, temas como a esperança, o optimismo e a felicidade, entre muitos outros, são hoje objecto de estudo, contribuindo

a investigação para um novo foco da ciência psicológica (Park & Peterson, 2007; Snyder & Lopez, 2002, citado por Marujo et al., 2007).

Assim sendo, é na óptica do movimento intitulado Psicologia Positiva que se afirma a presente investigação, uma vez que esta “pretende contribuir com o florescimento e o funcionamento saudável das pessoas, grupos e instituições preocupando-se em fortalecer competências ao invés de corrigir deficiências” (Paludo & Koller, s/d).

Deste modo, esta investigação visa debruçar-se sobre uma experiência/emoção positiva, a esperança, sobre as características positivas pessoais individuais dos profissionais de saúde que trabalham com doentes oncológicos e, finalmente, sobre uma instituição positiva baseada no sucesso, potencial e bem-estar humano, o hospital (Csikszentmihalyi, 1990, citado por Marujo et al., 2007), na medida em que a literatura existente apresenta lacunas neste âmbito.

A esperança, além de uma dimensão antropológica, filosófica e psicológica, tem inevitáveis dimensões e implicações sociais. Autores como Garaudy salvaguardam que “não é possível viver na comunidade sem um mínimo de esperança” (Zavalloni, 1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p.116), na medida em que uma das coisas mais importantes do homem, senão a mais importante, é encontrar sentido para a vida e para a morte, sendo que “isto significa ter esperança”, segundo Barros de Oliveira (2004, p.115). Já, Zavalloni (1991, citado por Barros de oliveira, 2004) coliga e descreve a esperança como sendo na realidade o “grande motor da acção e do viver”.

Snyder, Irving e Anderson (1995, citado por Snyder, 2000, p. 8), certamente os autores que mais têm estudado este construto (Barros de Oliveira, 2004), definem a esperança como “a positive motivational state that is based on an interactively derived sense of successful agency (goal-directed energy) and pathways (planning to meet goals)”. Snyder (1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p.119) acrescenta ainda que

a esperança é definida como “uma energia cognitiva e percursos para os objectivos” e com “the perception that one can reach desired goals” (Snyder, Rand & Sigmon, 2005, p. 257). Neste sentido, deve-se interpretar a esperança como “uma dimensão cognitiva baseada num sentido derivado reciprocamente da acção bem sucedida (determinação dirigida ao objectivo) e do percurso (planeamento dos meios para atingir os objectivos)” (Snyder et al., 1991, citado por Barros de Oliveira, 2004, p.122).

As investigações de Snyder indicam que uma maior esperança reflecte um elevado sentido de energia mental e de meios para atingir os objectivos, enfatizando a variável cognitiva, sem contudo excluir a dimensão emotiva. Esta esperança é de cariz disposicional e não se descreve como estanque, mas sim como algo que pode mudar ao longo do tempo (Barros de Oliveira, 2004).

Além da teoria de Snyder, outros autores formularam as suas próprias teorias sobre a esperança. Scotland (1969, citado por Barros de Oliveira, 2004; citado por Magão & Leal, 2001) foi dos primeiros autores a realçar a esperança como uma expectativa de atingir os objectivos, destacando a dimensão sociocognitiva. Averill, Catlin e Chon (1990, citado por Barros de Oliveira, 2004) sugerem a esperança numa base social ou ecológica, referindo que se trata de uma emoção governada por regras cognitivas, justificada quando os objectivos são importantes, sob controlo do sujeito e socialmente aceitáveis. Estas teorias entre outras existentes em torno da esperança defendem este construto, assinalando-a com uma conotação mais afectivo-motivacional, racional e credível, comparativamente com outros construtos, que por vezes, são subentendidos como sinónimos, tal como, o optimismo e o desejo. Porém, após uma hermenêutica, observa-se de facto alguns factores em comum mas apontam-se também diferenças, que permitem uma análise e interpretação individual desses mesmos construtos.

De um modo geral, o que se verifica é que dependendo das teorias, os autores interpretam a esperança como um construto unidimensional ou apontam-no como multidimensional (Barros de Oliveira, 2004; Magão & Leal, 2001).

Alguns autores e investigações comprovam que o construto esperança tem um potencial intencionado para a terapêutica, baseando-se e justificando esta posição na expectativa de cura (Barros de Oliveira, 2004; Groopman, 2004; Magão & Leal, 2001). É neste âmbito que surgem os profissionais de saúde e o exercício das suas profissões, uma vez que estes estão numa posição única para suscitar ou não a esperança no doente (Lazure, 1996).

Deste modo, o papel do profissional de saúde é de extrema importância, uma vez que são vários os níveis, nos quais intervém. É cada vez mais notório a preponderância das suas funções, na medida em que a Saúde procura uma mudança paradigmática e sua plena implementação (Feuerwerker, 2003). Porém, de acordo com Labate e Cassorla (1999), não se tem dado a devida importância aos profissionais de saúde, possivelmente porque estes defendem-se da sua própria impotência e fragilidade através de fantasias de onipotência. Mas, quando estes mecanismos de defesa falham, a “descompensação” surge, sendo na maioria interpretada pelo próprio como vergonhosa, daí ser atribuída a outros factores na maior parte das vezes.

Perante este novo papel dos profissionais de saúde, estes devem desenvolver competências no campo da tomada de decisão e devem estar preparados para o uso apropriado, eficaz e custo efectivo da força de trabalho, de medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas. Devem assim, possuir capacidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada e “aprender a aprender”, devido à constante produção de conhecimentos novos (Feuerwerker, 2003).

A comunicação é outra competência necessária ao profissional de saúde. Devem ser acessíveis e receptivos com os pacientes e com os cuidadores, mantendo sempre todas as informações sob sigilo profissional (Feuerwerker, 2003; Pereira, 2004b; Lobão, 2003). É sobre os profissionais de saúde que recai a função de veicular a informação nas relações duais – profissional de saúde-paciente, profissional de saúde-cuidadores, como também, na relação tríade – profissional de saúde-paciente-cuidadores (Feuerwerker, 2003; Llor, Abad, Garcia & Nieto, 1995; Pereira, 2004b; Silva, 2002). O papel e a influência da comunicação interpessoal em contexto de saúde são decisivos, na medida em que à compreensão do ser humano subjaz códigos psicossociais e psicobiológicos, isto é, códigos linguísticos/verbais e não-linguísticos/não-verbais. Os pacientes estão atentos e criam vínculos, basicamente, pela forma como o profissional de saúde transmite a informação, ou seja, este está atento à coerência e à complementaridade da comunicação verbal e não-verbal do orador (Feuerwerker, 2003; Silva, 2002). Em consequência desta realidade, a ausência de esperança nos profissionais de saúde, influenciará a esperança dos doentes e respectivos cuidadores (Lazure, 1996).

Silva (2002) defende que toda a informação/comunicação é munida de sentimentos, sendo inevitável para o profissional de saúde não transparecer as suas emoções no seu discurso, mesmo de uma forma ténue, assim como, é ainda menos provável que o paciente e/ou o cuidador não transmita os seus sentimentos. Realidade justificada pelos princípios da comunicação, que salvaguardam a inexistência de neutralidade na troca de mensagens entre seres humanos (Fiske, 2005; Ricci Bitti & Zani, 1997).

O contexto oncológico caracteriza-se como sendo um contexto em que os pacientes, hospitalizados ou em ambulatório, possuem características específicas na medida em que estão a vivenciar uma situação dolorosa, ansiogénica, traumática e de desintegração (Justo, 2002; Lopes & Pereira, 2003). A estes pacientes associam-se perturbações

psicossociais, decorrentes do diagnóstico e dos tratamentos aos quais estão submetidos (e.g., cirurgia, radioterapia ou quimioterapia), do suporte social (e.g., família e amigos) e do próprio serviço de saúde (Holland, 1989, citado por Lopes & Pereira, 2002). As ansiedades e as fantasias dos pacientes, por norma, são projectadas violentamente no profissional de saúde, que contra-identificado pode misturar-se com o paciente (Labate & Cassorla, 1999). De facto, o profissional de saúde e o paciente podem envolver-se num processo de transferência e contra-transferência.

Os profissionais de saúde, de um modo geral mas sobretudo os que se deparam com doenças como o cancro, tornam-se mais susceptíveis de se defrontarem com situações de sofrimento, dor e perda que o mobilizam emocionalmente e, por vezes, de forma bastante intensa (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007).

O facto de diagnosticar, apresentar o diagnóstico, contribuir e enfrentar o tratamento e todas as suas adversidades, juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, como também, a dor sentida pelos pacientes oncológicos, são actividades que, como acima referido, colocam o profissional perante grandes cargas emocionais (Labate & Cassorla, 1999; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007). Todos estes factores, inevitavelmente dificultam o trabalho dos profissionais de saúde, confundindo-o perante aspectos técnicos, como também, transportando-lhe um grau significativo de sofrimento pessoal. Valle (1997, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007) salvaguarda este facto, evidenciando que às exigências e à preparação técnica, surgem limitações do próprio técnico, conferindo ao profissional um desgaste adicional.

As características da doença – cancro e o tratamento prolongado que este exige, com múltiplos internamentos e terapias em ambulatório, implicam uma aproximação entre profissionais de saúde, pacientes e cuidadores. Esta aproximação ocorre igualmente ao nível das vivências do próprio paciente oncológico e dos seus cuidadores, na medida em

que o profissional de saúde interage com as dificuldades vividas por estes (Motta & Enumo, 2004, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007).

Neste sentido, identificações patológicas com o sofrimento do paciente, com a doença ou ainda com outros aspectos, podem tornar o trabalho do profissional de saúde penoso e, por consequência, doentio físico e psicologicamente (Labate & Cassorla, 1999). Segundo Carvalho (1996, citado por Ramalho & Nogueira-Martins, 2007), dependendo das faixas etárias dos pacientes oncológicos, a intensidade de envolvimento emocional é variável, por exemplo, quando se trata de cuidar de crianças oncológicas, a entrega e o desgaste do profissional de saúde é superior, remetendo-o às suas crenças e valores em relação à doença, às possibilidades terapêuticas, à vida e à morte.

Conclui-se que de acordo com a literatura especializada, os profissionais de saúde que lidam com pacientes oncológicos, pacientes portadores de uma doença com risco de vida, na qual a esperança de vida é efémera em muitos casos, provoca nestes um desgaste físico e emocional desmedido. O exercício profissional destes técnicos de saúde pode assim, levar ao stress profissional, também designado de *stress* ocupacional e, em casos extremos, ao *burnout* (Bennett, 2002; Malagris & Fiorito, 2006; Melo, Gomes & Cruz, 1997; Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Pais Ribeiro, 2005; Smith, 1978, citado por Grilo & Pedro, 2005).

Em suma, o profissional de saúde ao trabalhar num contexto, com características próprias como é o caso da Oncologia, depara-se com uma multiplicidade e especificidade de factores influentes para o seu bem-estar, independentemente da profissão exercida (e.g., médico, enfermeira, psicólogo). O profissional de saúde, no seu dia-a-dia, vê-se assim obrigado a conviver com situações que podem pôr em causa o seu bem-estar, isto é, a integridade da sua pessoa, do seu “eu”. Assim sendo, é neste âmbito que surge a pertinência desta investigação. A que nível é que a esperança dos

profissionais de saúde, um construto positivo e com potencial protector, contribui para o exercício da sua profissão e do seu bem-estar, sendo que para cumprir este requisito, é necessário compreender as experiências e as vivências dos profissionais de saúde que trabalham junto de doentes oncológicos.

## **2. Metodologia**

Esta investigação consiste num estudo focalizado sobre a experiência vivida e subjectiva dos participantes, profissionais de saúde que trabalham com doentes oncológicos, sendo o seu objectivo geral, a compreensão aprofundada dessa mesma experiência, de modo a perceber se a esperança é um factor protector face a esta realidade, aquando da sua existência.

A presente investigação assenta em cinco objectivos específicos: (1) avaliar a esperança dos profissionais de saúde que trabalham em contexto oncológico; (2) analisar quais as variáveis sócio-demográficas que se associam a esta dimensão (3) compreender as suas experiências e as suas vivências relativamente à prática profissional, (4) analisar o impacto físico e psicológico que estas experiências e vivências causam no seu bem-estar, assim como, (5) a que nível é que a esperança dos profissionais de saúde contribui e/ou influencia o exercício da sua profissão e o seu bem-estar neste mesmo contexto, uma vez que este acarreta um desgaste emocional significativo nesta população.

Com o intuito de prosseguir estes objectivos específicos, o planeamento desta investigação organizar-se-á em dois estudos empíricos, que ocorrerão sequencialmente. De modo a responder aos dois primeiros objectivos, planear-se-á e conduzir-se-á um estudo de natureza quantitativa, baseado nos dados obtidos através de um instrumento, intitulado “Escala de Esperança” ou “Escala de Futuro”. No sentido de responder aos

restantes objectivos, projectar-se-á e elaborar-se-á um estudo de natureza qualitativa, fundamentado nas narrativas dos profissionais de saúde que trabalham com doentes oncológicos.

## **2.1. Método**

### **2.1.1. Participantes**

Os participantes constituem uma amostra intencional na medida em que a população em estudo será representada pelos profissionais de saúde que prestam os seus serviços a doentes oncológicos no Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E., nomeadamente no Departamento de Medicina.

### **2.1.2. Instrumentos**

De modo a recolher toda a informação necessária para a realização da presente investigação, recorrer-se-á a um questionário sócio-demográfico, a uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006) e, finalmente, a uma entrevista focalizada no tema da dissertação.

O Questionário sócio-demográfico permitirá recolher os dados pessoais de cada participante, com o intuito de registar as variáveis necessárias para a caracterização da amostra, tais como, idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência (rural/urbano), nacionalidade, tempo que exerce a sua profissão e, finalmente, tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos (cf. anexo 1).

A Escala de Esperança, também designada Escala de Futuro, da autoria de Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon e colaboradores, datada de 1991, foi adaptada e aferida, com confirmação psicométrica (consistência interna) ao contexto português por Pais Ribeiro, Pedro e Marques em 2006 (cf. anexo 2). Esta escala visa

avaliar a esperança em adultos. O construto avaliado – esperança – é considerado pelos autores originais um conceito disposicional, embora reconheçam que este possa ser alterado ao longo do tempo, mediante intervenção. É um conceito com ênfase cognitiva, mas onde as emoções são relevantes, uma vez que estas reflectem o nível de percepção do indivíduo numa situação particular. A escala baseia-se na teoria defendida por Snyder, integrando dois componentes, um motivacional e outro de competência para gerar os caminhos ou as vias para alcançar o pretendido (Pais Ribeiro, 2007).

Aquando da sua aplicação, a presente escala deve-se designar de “Escala do Futuro”. É constituída por 12 itens, oito itens que avaliam a esperança, dos quais quatro avaliam a “iniciativa” e os outros quatro os “caminhos”, sendo que os restantes representam distractores. É solicitado aos sujeitos a leitura de cada pergunta e respectiva resposta, que consiste em atestar se a afirmação se aplica a si numa escala ordinal, de oito pontos, entre totalmente falso e totalmente verdade. A escala faculta três notas, uma de esperança global resultante da soma de todos os itens, mais uma nota por cada dimensão da esperança resultante da soma do grupo de quatro itens que compõem cada uma delas (Pais Ribeiro, 2007).

A entrevista será semi-estruturada/semi-dirigida, com o intuito de direccionar a mesma para a temática da dissertação, obtendo-se assim, um maior e melhor nível de sensibilidade e de análise.

### **2.1.3. Procedimentos**

A realização deste estudo exige o consentimento da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E para a sua implementação. Por este motivo, a fase inicial consiste no contacto por escrito com o Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E, no sentido de serem apresentados os

objectivos e procedimentos do estudo e averiguadas as possibilidades da realização do mesmo.

Numa fase seguinte, após a obtenção da autorização para a realização do estudo, estabelecer-se-á contacto com o Director do Departamento de Medicina, de forma a explicar os objectivos e pertinência do estudo. Pretende-se também com este contacto identificar o número de potenciais participantes no mesmo. Será igualmente solicitada a colaboração voluntária da participação no estudo, através do consentimento informado de cada participante (cf. anexo 3).

Autorizações obtidas, iniciar-se-á a investigação. Num primeiro momento, recolher-se-á os dados pessoais de cada participante, através do questionário sócio-demográfico, com o intuito de registar as variáveis necessárias para a realização da caracterização dos participantes, tais como, idade, sexo, estado civil, profissão, meio de proveniência (rural/urbano), nacionalidade, tempo que exerce a sua profissão e, finalmente, tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos.

Em simultâneo com a recolha de dados pessoais relativos aos participantes, administrar-se-á a Escala de Esperança, através da qual se avaliará a esperança dos profissionais de saúde, objectivando assim, o primeiro propósito primordial da presente investigação. Posteriormente, após a análise dos dados obtidos através da Escala de Esperança e de modo a objectivar os restantes objectivos primordiais, entrevistar-se-á os profissionais de saúde através de uma entrevista semi-estruturada. Esta aplicar-se-á somente aos participantes que apresentarem resultados díspares na Escala de Esperança. Assim, a entrevista direccionar-se-á aos participantes que obterem valores baixos e valores elevados na escala acima descrita, de modo a compreender as suas experiências e as suas vivências, o impacto físico e psicológico que estas causam, como também, a percepção que estes detêm acerca da influência e/ou contributo da esperança nestes.

A entrevista semi-estruturada/semi-dirigida será filmada ou gravada, dependendo do consentimento informado dos participantes. Esta solicitação visa evitar que o investigador perca informação ao tomar notas do que é dito pelos participantes, permitindo que este se concentre na entrevista e no registo dos comportamentos não verbais, no caso desta última ser gravada.

A entrevista aos participantes decorrerá, se possível, numa sala tranquila, isenta de interrupções o que irá facilitar o seu decorrer. O investigador, após a recolha da entrevista filmada ou gravada, procederá à transcrição da mesma, de modo a obter um registo que será analisado posteriormente (Fonte, 2005; May, 2004). A transcrição da entrevista terá em atenção os comportamentos verbais e os comportamentos não verbais (risos/sorrisos, hesitações, pausas, tom de voz alto/tom de voz baixo, silêncios, gaguejar, ruídos externos, etc.) dos participantes (Fonte, 2005).

As entrevistas serão codificadas relativamente à ordem de realização (por exemplo, E1), não incluindo qualquer outro tipo de dado, de modo a salvaguardar o direito de confidencialidade e anonimato dos participantes, permitindo igualmente conferir um elevado valor heurístico à informação recolhida (Reuchlin, 1986). Toda a análise qualitativa será efectuada manualmente, sem recorrer a um programa computadorizado (*software*) destinado ao tratamento de dados qualitativos.

É de salvaguardar que a recolha de dados será efectuada faseadamente, devido ao facto dos horários dos profissionais de saúde que constituem a amostra, serem por escalas.

## **2.2. Tratamento dos dados**

Os objectivos da presente investigação, tal como determinaram a escolha dos instrumentos, também estabelecem a escolha da metodologia a utilizar. Neste sentido,

pretender-se-á adoptar um esquema de investigação quantitativo e qualitativo, como acima descrito.

Os dados obtidos através do questionário sócio-demográfico e da Escala de Esperança serão tratados através de um método quantitativo, pelo qual o investigador irá categorizar as respostas dos participantes relativamente aos dados pessoais e ao grau de esperança destes últimos. Este tratamento deve-se ao facto de possivelmente existirem graus de esperança diferenciados na amostra do presente estudo. Facto verificável com base nas respostas facultadas pelos participantes através de uma escala tipo *Likert*, consoante o construto em estudo, a esperança. O tratamento destes dados será efectuado em programa informático, *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (versão 15.0) (Pereira, 2004a), através do qual executar-se-á uma análise estatística descritiva e inferencial das variáveis em estudo (Martins, 2002; Pereira, 2004a), isto é, dos dados facultados pelo questionário sócio-demográfico e pela Escala de Esperança.

Realizada a análise estatística descritiva e inferencial, proceder-se-á à análise dos dados facultados pelas entrevistas, recorrendo-se a uma metodologia fenomenológica e interpretativa designada *Grounded Theory*. Assim, a presente investigação segue a tendência actual das investigações no âmbito das ciências sociais, pela necessidade e interesse em dar voz aos participantes da investigação, procurando compreender as suas experiências vividas e subjectivas, domínios que o investigador dificilmente tem acesso ou é muito reduzido e, por consequência, limitativo (Fernandes, 2001).

É de realçar que a selecção destas metodologias se deve à pertinência que estas facultam para uma investigação no âmbito das ciências sociais, mais precisamente, para a Psicologia, tendo em conta a relação dinâmica que estabelecem entre si, permitindo uma compreensão mais abrangente da realidade (Ingold & Ingold, 1988, citado por Fonte, 2005).

### 3. Cronograma das actividades

|                                  |                 |        | Actividades            |                       |             |                  |                  |                           |
|----------------------------------|-----------------|--------|------------------------|-----------------------|-------------|------------------|------------------|---------------------------|
|                                  |                 |        | Pesquisa bibliográfica | Fundamentação teórica | Metodologia | Recolha de dados | Análise de dados | Elaboração da dissertação |
| Período de tempo<br>(em semanas) | 1 <sup>a</sup>  | Jun-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 2 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 3 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 4 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 5 <sup>a</sup>  | Jul-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 6 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 7 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 8 <sup>a</sup>  |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 9 <sup>a</sup>  | Ago-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 10 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 11 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 12 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 13 <sup>a</sup> | Set-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 14 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 15 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 16 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 17 <sup>a</sup> | Out-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 18 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 19 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 20 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 21 <sup>a</sup> | Nov-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 22 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 23 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 24 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 25 <sup>a</sup> | Dez-08 |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 26 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 27 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 28 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 29 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |
|                                  | 30 <sup>a</sup> |        |                        |                       |             |                  |                  |                           |

### 4. Referências bibliográficas

Barros de Oliveira, J. H. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: ASA Editores.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Fernandes, E. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: estudo das memórias do terapeuta activo durante o processo de recordação do cliente*. Braga: Centro de

Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Feuerwerker, L. C. M. (2003). Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista de ABENO*, 3 (1), 24-27. Retirado em 1 de Abril de 2008 do site [http://www.abeno.org.br/revista/arquivos\\_pdf/2003/feue.pdf](http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf).

Fiske, J. (2005). *Introdução ao estudo da comunicação*. Porto: Edições ASA.

Fonte, C. (2005). Investigar narrativa e significados: a Grounded Analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, 290-297.

Grilo, A. M. & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as profissões de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 1, 69-89. Retirado em 30 de Abril de 2008 da base de dados Scielo Portugal.

Groopman, J. (2004). *A Anatomia da Esperança: A descoberta pela medicina moderna do poder da emoção no combate às doenças*. Rio de Janeiro: Objectiva.

Justo, J. M. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M. R. Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi.

Labate, R. C. & Cassorla, R. M. S. (1999). A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 101-105. Retirado em 10 de Fevereiro de 2008 da base de dados Scielo Brasil.

Lazure, H. (1996). O processo da transplantação de órgãos: quando os cuidadores de enfermagem enxertam a esperança. *Servir*, 45, 1, 37-42.

Llor, B., Abad, M. A., Garcia, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw Hill.

- Lobão, C. A. (2003). Consentimento informado. *Informar*, VIII, 30, 20-22.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Magão, M. T. G. & Leal, I. P. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 3-22.
- Malagris, L. E. N. & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398. Retirado em 25 de Abril de 2008 do site <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v23n4/v23n4a07.pdf>.
- Martins, G. A. (2002). *Estatística Geral e Aplicada*. São Paulo: Editora Atlas.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A. & Rivero, C. (2007). Revolução Positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*, 13, 1, 115-136. Retirado em 3 de Junho de 2008 da base de dados Scielo Brasil.
- May, T. (2004). *Pesquisa social: Questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed.
- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Paludo, S. S. & Koller, S. H. (s/d). Gratidão em Contextos de Risco: Uma Relação Possível?. *Psicología, Cultura y Sociedad - Psicodebate*, 7, 55-66. Retirado em 25 de Abril de 2008 do site <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2004.pdf>.

- Pereira, A. (2004a). *SPSS Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M. A. G. (2004b). A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde – opiniões e perspectivas. *Enfermagem Oncológica*, 7, 28/29, 34-39.
- Ramalho, M. A. N. & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo*, 12, 1, 123-132.  
Retirado em 20 de Março de 2008 da base de dados Scielo Brasil.
- Reuchlin, M. (1986). *Métodos em Psicologia*. Lisboa: Edições Teorema.
- Ricci Bitti, P. & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Silva, M. J. P. (2002). Simpósio: O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10, 2, 73-88. Retirado em 24 de Março de 2008 do site <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio10v2/Simposio2.pdf>.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures and applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2005). Hope Theory. In. C. R. Snyder & S. J. Lopez. *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). Oxford: Oxford University Press.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, esp., 75-84. Retirado em 25 de Abril de 2008 da base de dados Scielo Brasil.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

---

**A ESPERANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE  
ONCOLÓGICA: CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL**

---

---

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

---

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:**  Feminino                       Masculino

**Estado civil:**  Solteiro(a)     Casado(a)/União de facto  
 Divorciado(a)/Separado(a)                       Viúvo(a)

**Profissão:**  Médico(a)     Enfermeiro(a)  
 Técnico de diagnóstico e Terapêutica                       Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Meio de proveniência:**  Rural                       Urbano

**Nacionalidade:**  Portuguesa                       Outra \_\_\_\_\_

**Tempo que exerce a sua profissão:** \_\_\_\_\_ anos

**Tempo de serviço no Departamento de Medicina junto de doentes oncológicos:**

\_\_\_\_\_ anos

## **ANEXO 2**

---

## ESCALA DE FUTURO

---

Leia cuidadosamente cada pergunta. Utilizando a escala abaixo mencionada, por favor selecione o número que melhor o descreve e coloque esse número em cima do traço de cada pergunta.

- 1= Totalmente Falso
- 2= Quase totalmente Falso
- 3= Em grande parte Falso
- 4= Ligeiramente Falso
- 5= Ligeiramente Verdadeiro
- 6= Em grande parte Verdadeiro
- 7= Quase totalmente Verdadeiro
- 8= Totalmente Verdadeiro

- \_\_\_ A. Consigo pensar em várias maneiras de me desenrascar.
- \_\_\_ B. Tento alcançar incansavelmente os meus objectivos.
- \_\_\_ C. Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo.
- \_\_\_ D. Existem vários caminhos para ultrapassar um problema.
- \_\_\_ E. Sou facilmente dominado(a)/derrotado(a) numa discussão.
- \_\_\_ F. Consigo pensar em várias maneiras de ter as coisas que acho importantes para mim.
- \_\_\_ G. Preocupo-me com a minha saúde.
- \_\_\_ H. Mesmo quando os outros se sentem desencorajados, eu sei que posso encontrar um caminho para resolver um problema.
- \_\_\_ I. A minha experiência passada preparou-me bem para o futuro.
- \_\_\_ J. Tenho sido bem sucedido(a) na vida.
- \_\_\_ K. Normalmente ando preocupado(a) com alguma coisa.
- \_\_\_ L. Alcanço os objectivos que estabeleço para mim.

**Obrigado pela sua colaboração.**

## **ANEXO 3**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Marisa Isabel Viana Barros, aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio solicitar a participação de V. Ex.<sup>a</sup> numa investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: “*A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para a prática profissional*”.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário sócio-demográfico e de uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” ou “Escala de Futuro” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), assim como, em conceder uma entrevista focalizada no tema da dissertação e, na subsequente, autorização para a utilização do conteúdo facultado na realização do trabalho. Durante a recolha dos dados relativos à entrevista, solicito igualmente a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização de gravar ou filmar, de modo a recolher o máximo de informação, contribuindo assim, para a riqueza da investigação. A sua participação obedece obrigatoriamente à condição de voluntariado de V. Ex.<sup>a</sup>.

A sua colaboração reveste-se de primordial importância na medida em que importa compreender a experiência vivida e subjectiva dos profissionais de saúde, que prestam os seus serviços a doentes oncológicos, uma vez que este contexto tem características específicas e acarreta um desgaste emocional significativo, como também, quais os contributos da esperança nessas mesmas experiências.

Comprometo-me com o seguinte:

- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito;
- Se o desejar, será devolvido a cassete da gravação ou da filmagem, após o tratamento de dados.

Caso estes requisitos de participação na investigação não sejam satisfeitos, poderá anular a sua colaboração. Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através do número 93 8095769 ou através de correio electrónico 13677@ufp.pt.

Aceito colaborar como participante nesta investigação.

O participante  \_\_\_\_\_

Grata pela sua colaboração.

A investigadora  \_\_\_\_\_

## **ANEXO D**

**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, E.P.E PARA A REALIZAÇÃO  
DA INVESTIGAÇÃO**



## **ANEXO E**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Marisa Isabel Viana Barros, aluna da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio solicitar a participação de V. Ex.<sup>a</sup> numa investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: “*A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para a prática profissional*”.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário sócio-demográfico e de uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” ou “Escala de Futuro” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), assim como, em conceder uma entrevista focalizada no tema da dissertação e, na subsequente, autorização para a utilização do conteúdo facultado na realização do trabalho. Durante a recolha dos dados relativos à entrevista, solicito igualmente a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização de gravar ou filmar, de modo a recolher o máximo de informação, contribuindo assim, para a riqueza da investigação. A sua participação obedece obrigatoriamente à condição de voluntariado de V. Ex.<sup>a</sup>.

A sua colaboração reveste-se de primordial importância na medida em que importa compreender a experiência vivida e subjectiva dos profissionais de saúde, que prestam os seus serviços a doentes oncológicos, uma vez que este contexto tem características específicas e acarreta um desgaste emocional significativo, como também, quais os contributos da esperança nessas mesmas experiências.

Comprometo-me com o seguinte:

- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito;
- Se o desejar, será devolvido a cassetes da gravação ou da filmagem, após o tratamento de dados.

Caso estes requisitos de participação na investigação não sejam satisfeitos, poderá anular a sua colaboração. Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através do número 93 8095769 ou através de correio electrónico 13677@ufp.pt.

Aceito colaborar como participante nesta investigação.

O participante  \_\_\_\_\_

Grata pela sua colaboração.

A investigadora  \_\_\_\_\_

## **ANEXO F**

**AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ESPERANÇA**

**Data:** Thu, 26 Jun 2008 10:31:39 -0100 [26-06-2008 12:31:39 WEST]

**De:** Morgain Medical Limited <jlpr@fpce.up.pt>

**Para:** 13677@ufp.pt

**Responder Para:** medicalmail02@sify.com

**Assunto:** Re: Pedido de autorização - Escala de Esperança

Autorizo o pedido abaixo

JLPais Ribeiro

>  
> Exmo. Senhor Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,  
>  
> Sou orientanda da Prof. Mestre Carla Fonte, da Faculdade de  
> Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa e estou  
> actualmente a terminar o segundo ano do segundo ciclo de estudos em  
> Psicologia Clínica e da Saúde  
>  
> No âmbito da dissertação, na qual pretendo estudar a que nível a  
> esperança dos profissionais de Saúde, que trabalham em contexto  
> Oncológico, contribui e/ou influencia o exercício da sua profissão e o  
> seu bem-estar, na medida em que este contexto tem particularidades e  
> características específicas e acarreta um desgaste emocional  
> significativo nesta população. Para tal, o estudo dividir-se-á em duas  
> fases: numa fase inicial, pretendo avaliar a esperança dos  
> profissionais de saúde através da Escala de Esperança e, numa segunda  
> fase, entrevistar-se-á os mesmos e concluir-se-á as justificações e  
> diferenças existentes entre estas e os dados facultados pela escala,  
> uma vez que o presente estudo contempla este construto.  
>  
> Neste sentido, solicito a V. Exa. autorização para utilizar a  
> Escala de Esperança, uma vez que contribuiu para o estudo psicométrico  
> e estrutural, assim como, o envio da mesma, de modo a recolher os  
> dados necessários para objectivar o estudo acima descrito.  
> Comprometo-me a enviar os resultados obtidos.  
>  
> Grata pela atenção que possa dispensar a este pedido, aguardando resposta.  
>  
> Com os melhores cumprimentos.  
>  
> Marisa Isabel Viana Barros  
>  
> -----  
> Enviado por <https://webmail.ufp.pt>  
>  
>  
> --  
> This message has been scanned for viruses and  
> dangerous content by MailScanner, and is  
> believed to be clean.  
>  
>

--  
This message has been scanned for viruses and  
dangerous content by MailScanner, and is  
believed to be clean.

---

**Data:** Mon, 21 Jul 2008 20:14:06 +0100 [21-07-2008 20:14:06 WEST]

**De:** Susana Marques <dscmarques@mail.telepac.pt>

**Para:** 13677@ufp.pt

**Assunto:** Re: Pedido de autorização - Escala de Esperança

**Parte(s):** 2 Escala de esperança para adultos.doc [application/msword] 26 KB

1 sem nome [text/html] 4,22 KB

Cara Marisa Barros,

A escala (em anexo) foi apresentada no 6º congresso de psicologia da saúde num estudo com uma população clínica e no 3º congresso europeu de psicologia positiva numa amostra da população em geral. Ambos os estudos são de validação da escala. Se precisar de mais alguma informação, disponha.

Com os melhores cumprimentos.

Susana Marques

----- Original Message -----

**From:** 13677@ufp.pt

**To:** dscmarques@mail.telepac.pt

**Sent:** Wednesday, July 09, 2008 2:13 PM

**Subject:** Pedido de autorização - Escala de Esperança

Exmo. Senhora Dra. Susana Marques

Sou orientanda da Prof. Mestre Carla Fonte, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa e estou actualmente a terminar o segundo ano do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde.

No âmbito da dissertação, na qual pretendo estudar a que nível a esperança dos profissionais de Saúde, que trabalham em contexto Oncológico, contribui e/ou influencia o exercício da sua profissão e o seu bem-estar, na medida em que este contexto tem particularidades e características específicas e acarreta um desgaste emocional significativo nesta população. Para tal, o estudo dividir-se-á em duas fases: numa fase inicial, pretendo avaliar a esperança dos profissionais de saúde através da Escala de Esperança e, numa segunda fase, entrevistar-se-á os mesmos e concluir-se-á as justificações e diferenças existentes entre estas e os dados facultados pela escala, uma vez que o presente estudo contempla este construto.

Neste sentido e após a conversa que teve com a Mestre Carla Fonte na 4<sup>th</sup> European Conference on Positive Psychology, solicito a V. Exa. autorização para utilizar a Escala de Esperança, uma vez que contribuiu para o estudo psicométrico e estrutural, assim como, o seu envio ou a referência bibliográfica através da qual posso aceder à mesma, de modo a recolher os dados necessários para objectivar o estudo acima descrito. Comprometo-me a enviar os resultados obtidos.

Grata pela atenção que possa dispensar a este pedido, aguardando resposta.

Com os melhores cumprimentos.

Marisa Isabel Viana Barros

---

Enviado por <https://webmail.ufp.pt>

## **ANEXO G**

**ESCLARECIMENTOS SOBRE A INVESTIGAÇÃO FACULTADOS AOS PARTICIPANTES**

## NOTA INFORMATIVA

Esta investigação subordinada ao tema “*A Esperança dos Profissionais de Saúde de uma Unidade Oncológica: Contributos para a Prática Profissional*” pressupõe uma perspectiva de investigação quantitativa e qualitativa, a ocorrerem em duas fases distintas:

◆ Numa primeira fase, recolhe-se os dados relativos ao estudo quantitativo após a obtenção do consentimento informado, administrando o questionário sócio-demográfico e a Escala de Futuro.

◆ Numa segunda fase, recolher-se-á os dados relativos ao estudo qualitativo através de uma entrevista semi-estruturada. Esta entrevista semi-estrutura não se destinará a todos os participantes, somente alguns destes, serão seleccionados de forma aleatória.

Neste sentido, de modo a contactar com V. Ex.<sup>a</sup>, caso seja um dos participantes seleccionados, solicito a V. Ex.<sup>a</sup> o seu nome e seu contacto telefónico, sendo que esta informação pessoal se destina exclusivamente para estes fins.

Nome: \_\_\_\_\_ Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Desde já agradeço a sua compreensão,

Atentamente.

✍ \_\_\_\_\_

(Marisa Isabel Viana Barros)

## **ANEXO H**

### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO**

**Quadro H1.** Esperança dos profissionais de saúde em função do género do inquirido.

| Factores  | Feminino ( <i>n</i> =49) | Masculino ( <i>n</i> =14) | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i><br>( <i>p</i> ≤ 0,05) |
|-----------|--------------------------|---------------------------|----------|-----------|--------------------------------|
|           | <i>M</i> ( <i>DP</i> )   | <i>M</i> ( <i>DP</i> )    |          |           |                                |
| Esperança | 68,53 (7,06)             | 64,43 (8,37)              | 1,839    | 61        | 0,071                          |

**Quadro H2.** Esperança dos profissionais de saúde em função da idade

| Factor    | <i>F</i> | <i>gl</i> | <i>p</i><br>( <i>p</i> ≤ 0,05) |
|-----------|----------|-----------|--------------------------------|
| Esperança | 1,459    | 25        | 0,145                          |

**Quadro H3.** Esperança dos profissionais de saúde em função do estado civil

| Factores  | <i>N</i> =63          | <i>M</i> ( <i>DP</i> ) | <i>F</i>     | <i>gl</i> | <i>p</i><br>( <i>p</i> ≤ 0,05) |       |
|-----------|-----------------------|------------------------|--------------|-----------|--------------------------------|-------|
|           |                       |                        |              |           |                                |       |
| Esperança | Solteiro              | 19                     | 69,42 (7,82) | 2,241     | 3                              | 0,093 |
|           | Casado/União de facto | 41                     | 66,24 (7,00) |           |                                |       |
|           | Divorciado/separado   | 2                      | 78,00 (8,49) |           |                                |       |
|           | Viúvo                 | 1                      | 69,00 (0,00) |           |                                |       |

**Quadro H4.** Esperança dos profissionais de saúde em função da profissão

| Factores  | Médicos ( <i>n</i> =17) | Enfermeiros ( <i>n</i> =46) | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i><br>( <i>p</i> ≤ 0,05) |
|-----------|-------------------------|-----------------------------|----------|-----------|--------------------------------|
|           | <i>M</i> ( <i>DP</i> )  | <i>M</i> ( <i>DP</i> )      |          |           |                                |
| Esperança | 66,00 (7,32)            | 68,22 (7,55)                | -1,042   | 61        | 0,301                          |

**Quadro H5.** Esperança dos profissionais de saúde em função do meio de proveniência

| Factores  | Rural ( <i>n</i> =27)  | Urbano ( <i>n</i> =36) | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i><br>( <i>p</i> ≤ 0,05) |
|-----------|------------------------|------------------------|----------|-----------|--------------------------------|
|           | <i>M</i> ( <i>DP</i> ) | <i>M</i> ( <i>DP</i> ) |          |           |                                |
| Esperança | 67,74 (6,57)           | 67,53 (8,22)           | 0,111    | 61        | 0,912                          |

**Quadro H6.** Esperança dos profissionais de saúde em função do tempo de exercício da profissão

| <b>Factores</b>  | <b>Tempo que exerce a profissão</b> | <b>N=63</b> | <b>M (DP)</b> | <b>F</b> | <b>gl</b> | <b>P<br/>(p ≤ 0,05)</b> |
|------------------|-------------------------------------|-------------|---------------|----------|-----------|-------------------------|
| <b>Esperança</b> | de 1 mês a 5 anos                   | 20          | 69,45 (7,52)  | 1,594    | 7         | 0,157                   |
|                  | de 6 anos a 10 anos                 | 14          | 68,21 (6,58)  |          |           |                         |
|                  | de 11 anos a 15 anos                | 6           | 68,00 (6,10)  |          |           |                         |
|                  | de 16 anos a 20 anos                | 9           | 64,22 (8,33)  |          |           |                         |
|                  | de 21 anos a 25 anos                | 5           | 67,40 (3,91)  |          |           |                         |
|                  | de 26 anos a 30 anos                | 4           | 65,00 (11,75) |          |           |                         |
|                  | de 31 anos a 35 anos                | 4           | 62,25 (3,86)  |          |           |                         |
|                  | de 36 anos a 40 anos                | 1           | 84,00 (0,00)  |          |           |                         |

**Quadro H7.** Esperança dos profissionais de saúde em função do tempo de exercício da profissão junto de doentes oncológicos

| <b>Factores</b>  | <b>Tempo de serviço junto de doentes oncológicos</b> | <b>N=63</b> | <b>M (DP)</b> | <b>F</b> | <b>gl</b> | <b>P<br/>(p ≤ 0,05)</b> |
|------------------|--|-------------|---------------|----------|-----------|-------------------------|
| <b>Esperança</b> | Ausência de experiência                              | 5           | 70,20 (8,84)  | 0,718    | 10        | 0,704                   |
|                  | de 1 mês a 3 anos                                    | 16          | 67,69 (7,37)  |          |           |                         |
|                  | de 4 anos a 6 anos                                   | 17          | 69,71 (6,07)  |          |           |                         |
|                  | de 7 anos a 9 anos                                   | 6           | 70,17 (6,11)  |          |           |                         |
|                  | de 10 anos a 12 anos                                 | 6           | 63,50 (9,50)  |          |           |                         |
|                  | de 13 anos a 15 anos                                 | 5           | 64,60 (7,16)  |          |           |                         |
|                  | de 16 anos a 18 anos                                 | 1           | 59,00 (0,00)  |          |           |                         |
|                  | de 19 anos a 21 anos                                 | 4           | 64,75 (12,95) |          |           |                         |
|                  | de 22 anos a 24 anos                                 | 1           | 65,00 (0,00)  |          |           |                         |
|                  | de 25 anos a 27 anos                                 | 1           | 69,00 (0,00)  |          |           |                         |
|                  | de 28 anos a 30 anos                                 | .           | .             |          |           |                         |
|                  | de 31 anos a 33 anos                                 | .           | .             |          |           |                         |
|                  | de 34 anos a 36 anos                                 | 1           | 64,00 (0,00)  |          |           |                         |

## **ANEXO I**

### **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

## **ESTUDO QUALITATIVO**

### **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Como tem sido a experiência de trabalhar com doentes oncológicos e seus cuidadores?
2. O que é que esta experiência tem exigido de si? Pode-me dar um exemplo?
3. Qual é o impacto que esta experiência acarreta para o seu bem-estar?
4. Acha que a sua profissão pelo envolvimento que exige, pode constituir uma ameaça para o seu bem-estar?
  - a. Pode citar alguns factores de risco?
  - b. Pode citar alguns factores de protecção?
5. Que recursos lhe têm sido úteis para lidar com estas experiências? Pode-me dar um exemplo?
6. Acha que a esperança pode constituir-se como um desses recursos?
7. O que é para si a esperança?
8. Com base na sua experiência profissional, o que é que acha que esta lhe pode trazer quando lida com novos casos clínicos oncológicos? E, na sua opinião, qual é o papel que a esperança pode ter?
9. Acha importante manter sempre a esperança no exercício da sua profissão? Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?

## **ANEXO J**

**PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA *GROUND*ED ANALYSIS**



| Entrevistas | Questão 1: Como tem sido a experiência de trabalhar com doentes oncológicos?   |
|-------------|--|
| E1          | <p>Experiência com eles... Eu pronto, fui fazer a pós-graduação em enfermagem oncológica precisamente porque gosto, porque eu também fiz outra, em cuidados paliativos e, não sendo os cuidados paliativos só para este tipo de doentes aqui, em Portugal trabalhasse muito na direcção de cuidados paliativos em doentes oncológicos. Então, eu complementei a pós-graduação anterior com a desta de enfermagem oncológica. O cuidado especial com aqueles doentes em relação aos outros? Para mim são todos iguais e não é por terem um a doença oncológica que têm tratamento diferente. [...] Lidar com familiares... aqui no serviço se calhar já não é tão fácil, primeiro porque os familiares se afastam um pouco e porque não podem ficar presentes, [...] ... há famílias que vêm às nove e meia da manhã e estão cá e acompanham as pessoas até ao fim, até à hora de irem embora, mas se calhar uma grande parte dos familiares não está cá presente, vem cá à tarde e está cá um bocado e vai embora.</p>   |
| E2          | <p>É uma experiência em primeiro de tudo muito gratificante. Muito gratificante quer do ponto de vista dos nossos cuidados direccionados para o doente mas também para os nossos cuidados direccionados em englobar a família. Porque hoje em dia, a nossa vertente de prestação de cuidados tem de acarretar esse ponto de vista, englobar cada vez mais a família, até porque os nossos cuidados têm de ser direccionados para essa área. Por outro lado, acho que é muito desgastante porque, eu até costumo dizer em jeito de brincadeira, se calhar até um bocado para exorcizar o stress do serviço, que quem não sofre com este tipo de coisas, se calhar não está a prestar cuidados como devia. É o que eu costumo dizer [sorrisos] ... Mas se calhar, tens os seus quês! Não é? Agora... Eu acho que quem se dedica inteiramente e com gosto aquilo que faz, realmente tem de ter algum stress de trabalho, alguma carga emocional que aparentemente deveria ficar no hospital mas que muitas das vezes sai daqui para fora. Uma pessoa depois, parece que não, mas começa... quando faz uma retrospectiva começa a perceber que as nossas alterações de humor se calhar, o nosso estado de espírito se calhar é influenciado por isso e aparentemente numa primeira avaliação... Inicialmente podemos não estar a achar que tem haver com o trabalho mas que tem mais haver com a carga emocional que a prestação de cuidados acarreta e não é só, nomeadamente com a família porque com a família eu acho que o desgaste ainda é maior, porque é muito exigente fazer a ponte entre os cuidados prestados ao doente e amenizar... ter cuidado com os gestos que se faz perto da família, com as palavras que se utiliza. Acho que isso é que mais desgastante de que qualquer outro tipo de intervenção.</p> |
| E3          | <p>Tenho tido várias experiências que me marcaram pelo lado negativo principalmente. Também guardo recordações positivas, mas são sobretudo as negativas que prevalecem. A experiência de trabalhar com doentes oncológicos, por um lado é gratificante, quando realmente vemos que aquele doente faz ciclo de quimioterapia e depois até tem uma evolução positiva, nesse sentido é gratificante. Por outro lado, temos tido algumas situações que realmente têm um evoluir no sentido negativo, que evoluem para a morte e quando são doentes que nós às vezes temos aqui com internamentos frequentes para fazer ciclos de quimioterapia, que tem um primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto... e depois, esses que não reagem bem, custa-nos um bocadinho mais acompanhá-los até à morte, não é? Principalmente quando a gente depois começa a travar um certo conhecimento com a pessoa. Ao fim de três, quatro, cinco internamentos de alguns dias, vai-se ganhando alguma confiança com a pessoa aí nesse sentido custa um bocadinho.</p>  |
| E4          | <p>[...] Experiência de trabalhar com estes doentes... Olhe, complicado. É complicado porque eu penso. Eu vou falar aqui do meu serviço, da minha experiência pessoal. Neste serviço não há muito... a filosofia de tratar um doente oncológico, ainda não está muito direccionada para a qualidade de vida do doente e eu estou a falar nomeadamente da dor que é muito mal controlada. Eu acho que há ainda um certo receio digamos assim de prescrever alguns medicamentos que sejam mais fortes, como morfina e os derivados. Eh! E nós lutamos muito contra isso... cuidados paliativos fala-se mas é muito complicado, nem há gente preparada para isso, não é? E também nem assim grandes incentivos para isso. Aqui há uns anos atrás, não há muitos, há dois, três anos talvez, houve umas colegas aqui do serviço que no âmbito do complemento da licenciatura em Enfermagem trabalharam os cuidados paliativos, ainda conseguiram fazer alguma coisa mas depois cai por terra. Não há seguimento desses cuidados, digamos assim. Houve um envolvimento médico mas... Acho que nós também os enfermeiros estamos um pouquinho mais vocacionados para o alívio da dor. Nós insistimos, nós chamamos, nós... mas é assim, uma dor oncológica é muitas vezes tratada aqui com um Paracetamol, não é? E isso não dá nada. Por isso, a experiência aqui é negativa.</p>   |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p><b>E5</b></p> | <p>A experiência de trabalhar com doentes oncológicos e com os familiares... Às vezes, o contacto com os familiares é reduzido, embora aqui no internamento ainda tenhamos um contacto bastante próximo com os familiares, porque eles quando têm doentes nesta situação também gostam de estar junto deles e nós também temos um grande contacto com eles. Mas depende, depois há diversas experiências, há aquelas experiências em que o doente e a família sabem e há aquelas experiências em que eles não sabem e aí, torna-se um bocado mais complicado lidar com a situação. Temos... pronto, às vezes há diagnósticos que são recentes e mesmo a própria família às vezes sabe, o médico comunica o diagnóstico mas não quer que comunique ao doente. Às vezes... Esta situação é muito complicada, eu acho. Não há, dependendo do médico, não há uma... como é que eu hei-de dizer... um seguimento de procedimentos em relação à doença oncológica, acho que varia muito também da sensibilidade, das pessoas. Nós tentamos sempre dar o nosso melhor, mas não somos nós que vamos chegar lá e dizer-lhe directamente o que tem. Podemos dizer realmente que a pessoa está numa fase menos boa, que se calhar vai ser um bocado complicado, mas também não podemos chegar ali e dizer abertamente o que tem, o que não tem, até porque a pessoa pode não querer ouvir. É uma situação bastante complicada, ainda por cima como a instituição não está directamente vocacionada para doentes oncológicos como o IPO, acabamos por ter na instituição doentes de vários perfis, parte um bocado da sensibilidade das pessoas, embora temos médicos que exercem aqui neste hospital funções ligadas à Oncologia, há outros que não, mas que seguem doentes oncológicos porque calhou, devido a uma situação específica... agora não me recordo de nenhuma, mas pode acontecer, mas têm que o seguir e depois não há um feedback da instituição. Isto também, são situações muito particulares. Mas há sempre situações positivas, mesmo por parte dos doentes, quando eles sabem o que têm. Já passei por situações em que aparentemente eles lidavam bem com a situação e tentavam até animar mais a família do que a família a eles [sorrisos]. Mas depois também já passei por outras em que as pessoas realmente afundam-se e nessas situações é sempre mais complicado, por mais que nós tentemos que eles se sintam um bocadinho mais seguros e acompanhados, também aqui às vezes a nossa disponibilidade não é assim tanta. Temos um número grande de doentes, neste momento considero que somos um grupo pequeno de enfermeiros para as necessidades que eles têm, mas tentamos dar o nosso melhor [sorrisos]. <b>Como é que lida com estas experiências?</b> Eu acho que é um bocado na altura que eu decido o que vou fazer ou o que vou dizer, porque nunca é igual. Cada caso é um caso. Há sempre depois maneiras de lidar com a situação, às vezes o estarmos ali a ouvi-los também já ajuda, se calhar nós nem temos que dizer grande coisa, só estar ali.</p> |
| <p><b>E6</b></p> | <p>É assim. Eu esforço-me por dar muito de mim, transmitindo paz, calma, simpatia porque é assim, estas pessoas estão bastante frustradas e sentem-se pessimistas e uma pessoa tenta um mínimo... No meio de tanto trabalho, tenta transmitir paz e calma e é principalmente isso...</p>   |
| <p><b>E7</b></p> | <p>[...] Relativamente aos cuidados dos doentes do grupo oncológico é uma abordagem do doente relativamente difícil. Relativamente porque... relativamente às técnicas difícil, relativamente ao cuidado com os doentes em si, fácil. É um grupo de doentes muito fácil de lidar, são muito receptivos, também vêm muito debilitados, vêm com muitas expectativas em relação aos tratamentos, em relação à doença, à evolução da doença, ao tratamento propriamente dito e à cura, mas são muito fáceis de lidar. E como enfermeira, acho que é um grupo de doente mais fácil para uma enfermeira de lidar. Em termos de técnicas específicas, já requer um grau de preparação grande. É muita técnica diferente, é muita terapêutica diferente, é muito efeito secundário diferente e a nossa preparação é exaustiva, diria eu. Isto carece de uma grande atenção, uma atenção e agora falarei em termos dos cuidadores, é desgastante o serviço, não tanto pela patologia que o doente trás, mas pela atenção e pelos cuidados que devemos ter em relação aos tratamentos e ao doente num todo. Precisamos de muita atenção e muita disponibilidade, mas de qualquer das formas é gratificante. Os doentes são muito fáceis de tratar, são muito agradecidos por tudo [...] É um grupo de doentes diferente, com características completamente diferentes.</p>   |
| <p><b>E8</b></p> | <p>Pronto, é assim. O complicado no mesmo meio disto tudo, é que na mesma fase em que lidei com doentes oncológicos, tive uma história... da minha mãe que é uma doente oncológica, ao longo destes últimos dez anos já tem três cirurgias oncológicas em cima, está a fazer medicação e isso tudo e... o período em que tive mais experiências oncológicas é precisamente durante este período intermédio, há cinco anos. E para mim é assim, confrontar-me essencialmente com a doença da minha mãe e depois com os facto de estar a trabalhar com doentes oncológicos, essencialmente com aqueles que faziam quimioterapia, ciclos de 24 horas ou mais em que ficavam internados. Portanto, o que a mim me arrepia um bocado é a dificuldade que as pessoas têm e que muitas vezes também temos em conseguir abordar o que é a esperança de vida para ele. Pronto, essencialmente isso, porque a noção que eu tenho é que mais ou menos os doentes vão se capacitando que a areia está a fugir debaixo dos pés e para nós, que estamos do outro lado é extremamente difícil dizermos se conseguimos segurar a areia ou não. Não é? Basicamente é isso. O apoio que a gente pode dar, eu costumo dizer e também associando à outra história que é muito bonito falar de fora mas ver de dentro é complicadíssimo. Pronto e tenho plena consciência que por mais que a gente fala, por mais que a gente diga, acaba sempre por a pessoa do outro lado pensar que é fácil falar para ti, esta é a noção que eu tenho, pode ser que esteja errado mas é muito a noção que eu tenho.</p>   |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <p><b>E9</b></p>  | <p>[...] Quando incide mais em doentes idosos, não é muito difícil de lidar, porque uma pessoa acaba por... até porque eles lidam muito bem com a situação. Agora quando é uma idade entre mais ou menos 40, 50 anos e mais jovens que isso, é complicado. Não é? Porque nós estamos à espera que numa determinada idade os problemas de saúde apareçam, mas... Até porque a doença oncológica numa pessoa idosa demora muito a evoluir e não significa que daí a algum tempo o doente morra; enquanto que situações em doentes mais jovens, é bastante mais complicado porque são situações que evoluem muito rapidamente e depois nós não estamos à espera que estas doenças apareçam nestas idades. [...]</p>   |
| <p><b>E10</b></p> | <p>[...] Claro que na minha clínica diária, confronto-me frequentemente com, quer com o diagnóstico dessas doenças quer com o acompanhamento dos doentes internados com essas doenças e aquilo que me diz é, o que é que me marca, quais são as situações que marcam quer positivamente quer negativamente? Será por aí. Eu tento ver estas situações que são oncológicas de um ponto de vista não emocional, mas de um ponto de vista científico e neste sentido, aquilo que me preocupa mais é o diagnóstico precoce das doenças de modo a que elas possam ter um tratamento mais eficaz. O que é que marca mais? O que me marca mais nestas situações é o diagnóstico tardio, porque habitualmente o diagnóstico tardio implica não só a morte do doente, que é a parte em que o médico se sente menos realizado, se o doente morreu, mas que normalmente essa morte é acompanhada de uma intensidade de cuidados que seriam desnecessários se, por acaso, o diagnóstico tivesse sido feito com alguma antecedência. Por isso, o facto de a minha atenção primordial neste tipo de doença, uma vez que não estou a seguir nenhum grupo de doentes oncológicos a nível da quimioterapia é o diagnóstico precoce e a sua orientação, de modo a que evitemos o dramatismo da situação. A segunda preocupação depois do diagnóstico precoce é a minha, porque como eu disse não estou a seguir este tipo de doentes quando estão a fazer quimioterapia, é quando identifico doentes que ultrapassaram a fase de cura e onde o tratamento por estes médicos que estão encarregados de os seguir nesta unidade ou que estão a ser seguidos noutras unidades e que por acaso recorrem aqui, terem uma capacidade no serviço que dirijo, de lhes dar uma qualidade de vida razoável com a doença, isso implica que as pessoas do meu serviço tenham de ter uma diferenciação, todas, não no tratamento da doença oncológica mas nos cuidados paliativos para fornecerem a estes doentes, de modo a que não haja pessoas que, por uma razão ou por outra, chegaram a um estado avançado da doença e para quais o tratamento directo sobre a doença não tem eficácia. Preocupa-me sobremaneira então que, quando este grupo de pessoas que se identifica como não tendo solução de cura ou de melhoria ou ao menos de sobreviva com o tratamento oncológico, a minha preocupação máxima é dar-lhes o conforto necessário para que possam viver os restos dos seus dias com alguma qualidade. Isto é, tem sido progressivamente mais difícil, porque graça, dentro da população em geral, quando eu falo não só da população portuguesa, falo da população mundial, um sentimento de que é possível sempre mais qualquer coisa e, isto é difícil assumir que há alturas, em que o tratamento directo sobre a doença não vá ser feito. É uma luta que os médicos neste momento têm de resolver consigo próprios e com a população, identificar mais precocemente do que o que se está a fazer agora estes doentes que não têm benefício em continuar tratamentos oncológicos, para não os submeter a agressão e mais precocemente assumir que eles vão entrar em cuidados paliativos, com um assumir de uma morte e não um fingir, que não se está a assumir a morte e levar constantemente os doentes e a sua família a um engano que é um prolongar de vida, que ao início é altamente improvável que vá acontecer. <b>O que é que acha que esta experiência implica junto dos cuidadores?</b> Eu... Aquilo que eu penso, é um pouco mais filosófico do que propriamente como médico. Nós, dentro de uma sociedade, temos de manter a esperança... Temos de manter a esperança! A esperança... Há duas coisas... A esperança e a confiança, que estão de certa maneira paritárias uma com a outra. A esperança é uma coisa que não pode ser defraudada, eu posso ir... Há um grau de esperança que é lícito atribuir à pessoa, o outro grau... mas se a esperança é atribuída em grau superior aquilo deve, o que está a acontecer é que o que estamos a fazer é um engano. Estamos a enganar as pessoas, já não estamos a dar esperança, estamos a enganar as pessoas. E é neste... Há uma fronteira, é preciso estar muito ciente do que se está a dizer, porque é perfeitamente possível dar um grau de esperança, ser dar toda a esperança e é perfeitamente possível dizer o que se vai passar, sem com isso negar a esperança. Eu não acredito na vida eterna, nem acredito na vida do além, mas há pessoas que acreditam e essas pessoas que acreditam numa vida para além desta ponderam ser eventualmente confortados por essa crença. Outras pessoas que não acreditam nisso, podem achar conforto noutras situações que configurem uma realização ou um reconhecimento da pessoa na hora da morte. Eu penso que as pessoas que não acreditam, aceitam de igual modo a morte igual àquelas que acreditam, que têm a esperança de ter uma vida extra terrena depois desta. Penso que não faz diferença de uma coisa para a outra. Ninguém morre mais angustiado por não ter vida extra terrena do que ter isso. Agora, não ilícito que um médico crie uma esperança infundada no seu doente.</p> |

| Entrevistas | Questão 2: O que é que esta experiência tem exigido de si? Pode-me dar um exemplo?   |
|-------------|--|
| E1          | <p>De trabalhar com doentes oncológicos?! Se calhar eles exigem um pouco mais de atenção da nossa parte. Nem sempre, nós temos aqui um trabalho muito sobrecarregado e nem sempre temos paciência para estar com eles e isso nota-se. Cada vez mais, nós temos falta de profissionais, de enfermeiros e às vezes quem acaba por ser prejudicado é o doente e a família, porque eles também saem. E se calhar não é o doente oncológico que exige de nós, mas eu acho que esta sobrecarga de trabalho que nós temos com os doentes em si porque eu acho que não são só os oncológicos que precisam da nossa atenção, também aqueles que ainda estão em avaliação para diagnóstico, com diagnóstico reservado, por exemplo, à espera de resultados de biopsias. Aquilo que eu poderia lhes dar neste momento não é o que estou a dar, porque eu tenho consciência que não tenho e venho com a vontade de trabalhar que vinha há uns anos atrás. Se for comparar quando eu vim para aqui para o hospital com o agora, eu quando vim para cá, eu dedicava-me muito mais aos doentes, com mais carinho, com mais atenção. Neste momento, se eu tiver um turno relativamente leve, eu consigo fazer isso e nota-se diferença em mim, se eu tiver um turno mais pesado, eu já não consigo fazer isso. E claro que este tipo de doentes, principalmente o doente oncológico, quando sabe a notícia de que tem uma doença oncológica, eles entram em pânico e não sabem como é que onde reagir e eu tenho lidado com algumas experiências, aqui no internamento, de diagnóstico, principalmente doentes com linfomas e, o que eu tenho sentido é que eu, como pós-graduada em enfermagem oncológica, devia-lhes conseguir dar mais... informações, acessos a outras instituições e a voluntários, que o nosso hospital também carece muito de voluntários nessa área, só temos praticamente para os doentes da mama, os outros ficam um bocado encostados à parte. E eu quando tirei a especialidade, tentei com esses doentes em que o diagnóstico era feito cá, lhes poder dar acesso a várias informações, entretanto, com a sobrecarga de trabalho que tenho neste momento, eu não me consigo dedicar totalmente e exclusivamente a eles e tem sido um pouco... É assim, o que eu acho que exige de mim trabalho, não são propriamente os doentes oncológicos e as suas características, mas sim a sobrecarga de trabalho que nós temos tido actualmente.</p> |
| E2          | <p>Esta experiência tem exigido bastante de mim... tem exigido muito. Por exemplo, eu acho que... [pausa] ... Estou a tentar fazer aqui uma retrospectiva. Eu lembro-me de alguns casos, sem estar a dizer nenhum dado em concreto que... Por exemplo, eu, todos os dias, acho que fiz o meu melhor e quando me deparo com o próximo novo caso de doente oncológico em fase terminal, eu fico... Penso sempre no doente anterior que eu tratei e arranjo sempre defeitos digamos assim, lacunas na minha prestação. Se calhar às vezes nós, na parte técnica... temos que dividir em vários aspectos, temos a parte técnica relacional e a parte científica... é assim, muitas das vezes colidem. Na nossa área isso acontecem muito, muito, muito frequentemente e o que é que acontece? Nós... num caso de um doente, achamos que estamos fazer o melhor e passado um dia ou dois, estamos a ter outro doente e já achamos que o que fizemos com o outro doente está errado ou porque utilizamos as palavras menos apropriadas para o caso, não é? Ou porque, se calhar a abordagem ao doente implica sobretudo uma parte relacional sobretudo nestes doentes. Muitas das vezes... faz-me lembrar uma frase que eu guardo de um dos meus mestres de curso, que dizia que muitas das vezes o que influencia é a forma como nós falamos e não a técnica. Eu lembro-me disto muitas vezes, porque nós técnica... Ter a técnica, qualquer um pode-a ter, mas a maneira como se fala e como se abordam as coisas, se calhar é uma coisa que se tem de trabalhar e não é para toda a gente. Eu luto todos os dias com este tipo de coisas, porque às vezes, eu acho que a minha intervenção... começo a falar de determinada maneira e acho que a abordagem não foi boa por variadíssimos factores, porque acabei de ter uma admissão toda stressada dos cuidados intermédios ou dos cuidados intensivos ou porque acabei de assistir um doente... ajudar um colega com um doente descompensado do foro cardíaco ou outro ou... enumeras situações e acabamos por... Isto tudo acaba por influenciar e nem nós dá tempo para respirar dois ou três segundos antes de entrar em contacto com a família do doente oncológico. Muitas das vezes quando já estamos a avançar com uma frase, já reparamos que essa frase não devia ser dita e eu, só noto isso quando estou com o próximo doente e é sempre assim sucessivamente.</p>                             |
| E3          | <p>Conforme as situações, tem. Não todas, mas há aquelas situações que a pessoa até... quando vem, ainda vem bastante desorientada, estabelece-se uma relação, que não pode ser chamada de ajuda porque às vezes não há bem tempo para isso, mas vai-se estabelecendo algum carinho para com o doente e depois ao longo do internamento ou dos vários internamentos em que o doente fica pior, a gente fica um bocadinho triste às vezes, não é? Porque também se envolve com a família. A família às vezes não consegue esconder a emoção, não é? E nós também vamos atrás, não digo sempre, mas por vezes é um bocadinho complicado.</p>   |
| E4          | <p>[suspiro com um sorriso] Olhe uma procura constante de mudar. Reflectimos muito em grupo, insistimos com a parte médica, porque são eles que prescrevem a medicação e, eu estou a falar de mim, mas também estou a falar da equipa onde me englobo, não é? [...] Nós tentamos ao máximo dar conforto que o doente precisa e com os familiares então... também é muito complicado. Tento dar o melhor, às vezes não é o suficiente. Se calhar também precisava de aprender um bocadinho mais, não é? Mas são as condições que nós temos.</p>   |

|            |  |
|------------|--|
| <b>E5</b>  | Muita coisa. Muita coisa porque quando eu vim para a Enfermagem não tinha assim uma ideia muito vasta e abrangente do que era a Enfermagem, depois quando vim trabalhar para aqui, para os internamentos de medicina... Também já trabalhei em cirurgia, onde tínhamos os casos oncológicos sujeitos a cirurgia, mas aqui acho que realmente são um número maior de casos oncológicos quer numa fase de diagnóstico, quer numa fase já de conforto e... não sei bem como é que eu tento lidar... não sei bem como explicar o grau de exigência... não sei como responder... <b>Dizia-me que tem exigido muito de si, pode-me dar um exemplo?</b> Acho que nos faz sempre crescer porque também nos pomos um bocado no lugar dos doentes e realmente, sabemos que um bocadinho de atenção, um bocadinho de compreensão torna-nos um bocadinho especiais, não é? É estarmos aqui e sabermos que somos... [...] Mas é estarmos aqui e sabermos que somos importante para aquela pessoa e que lhe podemos dar muito, mas depois isto também exige de nós um grande esforço, porque é um turbilhão de emoções que temos de gerir, para não nos deixarmos afectar. [...] |
| <b>E6</b>  | Ai, o que é tem exigido? Bastante, primeiro porque o trabalho aumenta, não é? Porque temos que dar mais tempo ao nosso doente e ao mesmo tempo, falta-nos tempo. E ao faltar-nos tempo, acabamos por não poder dar aquilo que nós queremos e aí, sentimo-nos um bocadinho frustrados em não poder dar o tempo suficiente e se calhar é por aí... É a gestão destas ambivalências, destes sentimentos que esta experiência tem exigido. [...]   |
| <b>E7</b>  | Além da atenção, é como eu estava a dizer é desgastante, sobre o ponto de vista psicológico também porque a gente quer sempre fazer mais qualquer coisa, só que também estamos limitados em algumas coisas também, quer em termos de meios disponíveis. Terapêutica necessária há sempre, mas depois eu acho que se podia fazer sempre mais um bocadinho, mais qualquer coisa e podia-se seguramente. Eu tenho a certeza que se podia fazer mais qualquer coisa. Não temos apoio da parte de Psicologia nem para os doentes nem para nós, não temos Psiquiatria disponível nem para eles nem para nós e às vezes bem que precisamos. Não temos um serviço social com capacidade de resposta para tantas solicitações [...]. Às vezes uma conversinha com o psicólogo ou com o psiquiatra, porque não!  |
| <b>E8</b>  | Quer dizer... em termos de exigência para mim e penso que se calhar não é só para mim, quer dizer... acaba sempre por ser uma frustração para cada um nós quando tentamos um bocado ser um apoio para alguém e por mais que a gente se esforce e por mais que a gente tente, montes de vezes sai de lá, consciente que pouco consegue fazer. <b>[emocionou-se]</b> .   |
| <b>E9</b>  | Isto é tudo um processo, nós aprendemos desde muito cedo como é que devemos lidar com a morte. Às vezes até penso que sou uma pessoa muito fria <b>[sorrisos]</b> porque... como é que consegues lidar com isso, aquele doente vai morrer... Nós vamos todos morrer, não é? Se calhar temos uma doença e amanhã morremos, somos atropelados. Não sabemos o que vai acontecer amanhã, mas também não podemos necessariamente pensar que uma doença oncológica, o resultado seja a morte, não é? Muitas vezes, há tratamentos paliativos e outros. Uma pessoa pode morrer com 90 anos e não ser daquele problema e ser de outro problema que surge entretanto. Pronto, é basicamente isso. Uma pessoa aprende a lidar com a patologia e com a dualidade vida e morte, porque é mesmo assim, o resultado supremo não tem de ser a morte, não é? E temos de pensar que no dia de amanhã não sabemos o que vai acontecer.   |
| <b>E10</b> | Basicamente, alguma qualidade na disponibilização de cuidados paliativos, [...] um sentimento de respeito pela esperança dos doentes, de modo a que não haja uma..., aquilo a que agora se chama e eu concordo, o encarniçamento terapêutico, para que se mantenha viva uma determinada esperança no doente, ou seja, pôr o doente sucessivamente em tratamento cada vez menos eficazes e cada vez mais dolorosos, quando a expectativa de benefício com ele, vai progressivamente diminuindo.   |

| Entrevistas | Questão 3: Qual é o impacto que esta experiência acarreta para o seu bem-estar?  |
|-------------|--|
| E1          | [...] É assim, eu se calhar como tenho a pós-graduação e, se calhar entendo muito mais do assunto. Não fico... Por exemplo, sinto às vezes no momento do diagnóstico do doente, sinto se calhar uma relação com ele de tristeza no momento, em que ele sente-se triste, em pânico e se calhar nesse momento... Se calhar eu acompanho um pouco esse mal-estar que o doente tem. Eu também me sinto assim, entretanto, talvez por estratégias minhas, tento dar ao doente todas as hipóteses de tipo de tratamentos, o que poderá ser dali para a frente, porque não é fácil e o doente oncológico atravessa um caminho bastante longo e por experiência própria... [...].  |
| E2          | Acarreta... É como dizia há pouco, transporto sempre coisas lá para fora. É claro que uma pessoa ganha defesas e lá fora tentamos. É assim, quanto mais não seja... Eu tenho uma carreira muito curta. Seis anos, não são nada. Não é? Mas reparo uma evolução... Inicialmente exorcizava as coisas só lá fora, se calhar no seio familiar ainda falava de algumas coisas para exorcizar, para fazer tipo uma terapia minha. Acho que agora já começo a exorcizar as coisas mal acontecem mas para mim, de uma forma quase automática e silenciosa porque acho que assim, consigo ter resultados melhores, consigo dar mais capacidade de resposta às frustrações do doente, da família e tudo mais.   |
| E3          | Eu tenho uma coisa que para mim é muito positiva, normalmente daqui para casa eu esqueço um bocadinho o que se passa. No momento, custa-me muito determinadas situações oncológicas ou estádios da doença oncológica, os casos terminais. Tenho é uma coisa que acho que para mim é boa, saio daqui e tento esquecer. Portanto, ao nível do dia a dia não me causa muito transtorno. Agora quando eu chego aqui, estou com os doentes, penso neles custa-me bastante, não me impede de fazer as coisas mas fica-se triste.   |
| E4          | Para o meu bem-estar, eu penso muitas vezes que se fosse um familiar meu, se fosse eu... Quer dizer, a dor é muito complicado. O doente oncológico é um doente que tem muita dor e é muito complicado viver com dor, não há qualidade de vida. A dor, por mais pequenina que seja, incomoda-nos, perturba o nosso dia-a-dia e isso afecta o meu bem-estar. Eu tento ao máximo, quando saio daqui, tentar com que os problemas aqui do serviço fiquem cá, mas às vezes é complicado. Às vezes, eu vou pelo caminho a pensar, chego a casa e ainda penso naquele doente que não está a ser assim tão bem controlada a dor, quanto isso.  |
| E5          | Eu acho que estas experiências me ajudam e se calhar também me ajudam a ver de outra maneira a doença oncológica. Eu acho que se não tivesse tido contacto com estes doentes, provavelmente se me acontecesse a mim ou um caso da minha família, se calhar não saberia lidar da melhor forma. Acho que neste momento, também pelos conhecimentos que tenho na área quer a nível de tratamento, quer a nível de cuidados de conforto, de diagnóstico, de esperança... Acho que vemos casos de esperança também todos os dias, de doentes que se calhar até tinham razões para estar muito mal, mas se calhar a força interior deles também nos ajuda a nós a superar a situação. Dizem que o nosso psicológico <b>[sorrisos]</b> é logo meio caminho andado... e acho que é verdade, [...]. Acho que isto também nos prepara muito. Acho que esta experiência é muita positiva para o meu próprio bem-estar, eu gosto do que faço e tenho ganho muita coisa com o que faço... Conhecer estas diversas realidades e o que se pode fazer tem-me trazido muita coisa boa... acho que sim.                                |
| E6          | Esta experiência exige bastante como lhe contei... Mas eu, por mais que não queira, consigo sempre levar um bocadinho para casa... stress e pensar que aquele doente vai morrer e podia ser um familiar nosso e às vezes até acontece, é um familiar, um conhecido de um amigo do tio, e sentimo-nos sempre... Ai meus Deus! <b>[suspiros]</b> . [...] Às vezes conseguimos levar estes sentimentos, mesmo sem querer... Mas depois a vida volta ao normal e quantas vezes não acontece isso.  |
| E7          | Positivo. Eu acho que até dá para minimizar algumas coisas, porque as desgraças dos outros para nós não é conforto, para mim não é seguramente, mas se calhar consigo ver as coisas de outra maneira, minimizo muita coisa, relevo muita coisa. Não dou muito valor a algumas coisas que de facto não são muito importantes. A realidade dos nossos doentes traz-nos isso mesmo. Um doente... mulheres novas com patologia da mama com filhos pequeninos, é um desabar de uma perspectiva de vida em termos profissionais, só aquela ansiedade, não sabe se vai ver o filho crescer, isso é muito importante. Eu agora não consigo dar valor, se tenho de trocar de carro, não importa nada... Eu acho que isso me fez bem. Às vezes, temos aquela ideia que se precisa sempre de mais qualquer coisa... ao final pensa-se que a vida não é assim tão boa como a gente pensava e se calhar até é, em comparação com as realidades que nos passam por aqui. Ora bem! Isso tem me ajudado bastante, não dou valor a metade das coisas que dava, agora para mim são supérfluas. Dantes eram mas agora não são de facto. |

|            |  |
|------------|--|
| <b>E8</b>  | <p>É assim, eu tento minimamente ultrapassar isso, mas é difícil... sei lá... eu posso pensar assim... Já há alguns anos que lido com esses doentes e há n histórias de vida que me ficaram marcadas. Em termos de marcação para mim, marcou-me e penso muitas vezes e, se fosse eu que tivesse do outro lado e é este tipo de coisas que ao lidar nos marcam. Tem a ver com o que dizia há pouco, tem a ver com o facto de eu inconscientemente ou até conscientemente dar por mim a pensar nestas coisas e isto acontece com muita frequência. Sei lá, a gente está sentado, está em qualquer sítio, estou no carro a fazer qualquer coisa ou estou numa bancada de um pavilhão, não me apetece estar a ver o jogo e começo a pensar, às vezes pego na agenda e faço umas coisas e quando dou por ela estou a divagar em muitas dessas coisas e muitas outras [...]. Por mais que uma pessoa queira ao passar daquela linha, lá para fora esquecer o que ficou cá dentro, colocar um barreira... não dá.</p> |
| <b>E9</b>  | <p>Eu acho que não sou daquele tipo de pessoas que leva os problemas para casa, que chego a casa e fico a pensar numa pessoa que está lá e está muito mal... claro que uma pessoa pensa sempre, eu estou mal mas há aquelas pessoas que ainda estão pior. Temos que pensar que muitas vezes para ficarmos felizes, temos que pensar na infelicidade dos outros, é mesmo assim [sorrisos]. Neste aspecto ajuda também a ter... a pensar mais na minha vida, pensar que há vidas piores, minimizo coisas e valorizo muito mais outras coisas ao realmente ter conhecimento de outro tipo de situações.</p>   |
| <b>E10</b> | <p>Eu acho que não sou afectado emocionalmente pela morte nem pelo sofrimento da maior parte dos meus doentes. Não sou. Sou afectado pontualmente quando as situações atingem algum dramatismo e se projectam sobre o meu viver, porque no dia-a-dia não. Pode acontecer, já aconteceu várias vezes com pessoas muito novas que são apanhadas pela doença oncológica e com dramatismo todo que isso acarreta, pontualmente posso envolver-me nessa situação. No dia-a-dia, nos doentes que chegam à enfermaria, sem estas características, não sou afectado psicologicamente, nem muda os meus timing, não muda absolutamente nada. Entendo que a morte faz parte... Morrer é um acto tão natural como nascer. É um processo natural da vida.</p>  |

| Entrevistas | Questão 4: Acha que a sua profissão pelo envolvimento que exige, pode constituir uma ameaça para o seu bem-estar?   |
|-------------|---|
| E1          | <p>Não, pelo doente oncológico não. Acho que eu compreendo o que eles têm, mas não me coloco na posição do doente. Eu acho que... Eu sei que o doente tem aquele diagnóstico mas não o sinto como meu, não o consigo sentir como sendo a mim. Se calhar, se fosse comigo ou com um familiar, eu sentiria isso, mas não sendo, não sinto que seja uma ameaça para mim. Na minha profissão, eu acho que ameaça maior e desviando novamente é a sobrecarga de trabalho que nós temos e isso, é prejudicial para todos os doentes e inclusive para nós. Agora para eu sentir que o diagnóstico ou a doença oncológica para mim me prejudica, não. Acho que consigo estar muito bem, mesmo com doentes bastante chorosos que a gente às vezes encontra aqui, doentes que choram imenso, eu não me sinto desconfortável perto, junto de uma pessoa que esteja a chorar e tento-lhe dar apoio que muitas vezes nessa altura, às vezes é o silêncio, que nem sequer é o estarmos a dizer seja o que for porque às vezes o que eu posso tentar dizer para aquela pessoa até pode ser uma barbaridade, não é? Eu não consigo sentir o que aquela pessoa está a sentir, não me consigo colocar naquela posição, mas não me sinto desconfortável junto de alguém que por exemplo esteja a chorar, não me sinto.</p> |
| E2          | <p>Acho que não. Muito sinceramente, ameaça não. Eu vim para Enfermagem porque gostava mesmo e já tinha umas certas noções do que iria ser a enfermagem. Claro que isto foi-se agravando a nível de volume e a especificidade de cuidados, mas acho que não. Acho que não me estava a ver a fazer outra coisa. Acho que me sinto bem com aquilo que faço. Eu sinto-me às vezes stressado e exausto com o trabalho e tudo mais. Tenho momentos com pressão, mas tenho aquela fase de retorno, tipo: Isto aconteceu, deito-me na cama e durmo, fico assim completamente KO como se costuma dizer <b>[sorrisos]</b>, mas depois ponho-me a olhar para trás e penso: Isto só faz sentido assim [...].</p>   |
| E3          | <p>Não, não desde o momento que a gente consiga gerir muito bem os sentimentos. Saber que o que está a acontecer aqui, naquele momento é àquele doente, embora sabendo que pudesse acontecer a mim ou a um familiar meu ou amigo. No entanto, não me limita, pelo menos para já, o que não quer dizer que não me venha a limitar no futuro. Neste momento, não constitui ameaça.</p>  |
| E4          | <p>Pode. Pode mas também nós temos que desenvolver mecanismos de defesa e isso é uma esperança que nós temos. Eh! Cada um tem os seus mecanismos e eu fui desenvolvendo os meus ao longo da minha vida e até agora tenho-me safado. Não é? Tenho-me safado.</p>   |
| E5          | <p>Poderá, mas depois eu acho que parte de cada um impor os limites, mas eu acho que tendo... Este é o nosso trabalho quer queiramos quer não, é o nosso trabalho, por isso temos de o fazer da melhor forma mas também temos que saber chegar a um certo ponto e dizer: pronto a partir de aqui, se me envolver mais, vou me prejudicar. Mas acho que pelo menos, até agora não é que tenha grande experiência, mas até agora, acho que tenho conseguido estabelecer esse limite. Se calhar acabei por criar estratégias de defesa para lidar com estas coisas... acho que sim.</p>  |
| E6          | <p>Já constitui pela rotatividade de horários, apesar de eu gostar do que faço e estou bem aqui... [...]. Infelizmente, já acarreta para minha vida pessoal muita coisa. E as coisas complicam-se quando faço noites...mas pronto. Sem ter em conta tudo o resto, só por si o horário já constitui, é horrível. Esta rotatividade de fazer, manhãs, que são raras, tardes e noites, só por aí já conseguimos levar muito coisa para casa, interfere comigo mas também com os familiares... [...]</p>  |
| E7          | <p>Às vezes não saio daqui, de algum turno, com a sensação de dever cumprido. O que eu não faço não depende directamente de mim, depende de outras coisas, depende dos custos, depende por não há psicólogo, porque não há psiquiatra, porque não há... porque não há e isto não leva a um prejuízo directo para o tratamento do doente, mas se calhar este tipo de grupo de doentes precisa muito além da medicação. Pelo menos, eu acho que precisa e isso, eu não posso resolver por mim, não depende só de mim, mas que de alguma forma não me satisfaz não ter feito.</p>  |
| E8          | <p>É uma pergunta muito engraçada <b>[suspiro, sorrisos]</b>. <b>[Hesitação em responder, coloca a mão na cabeça]</b>. É muito engraçada porque é assim... normalmente a gente vai-se capacitando que é assim, quer dizer, foi esta a profissão que eu escolhi, não é? A gente costuma dizer que são os ossos do ofício, mas os ossos do ofício marcam... e assim, como marcam calos no trabalhador que anda com a inchada, não é, em que os calos são dolorosos, também marca com calos dentro de nós, que quando uma pessoa dá por ela também são dolorosos. Por isso é assim, marcar, marca. Não ponho dúvidas que marca, por mais que a gente ache que consegue ultrapassar tudo, não ultrapassa. A gente adquire mecanismos, aliás não sei se os adquiriu ou se eles surgem naturalmente como uma forma de auto-defesa. Agora apesar desses mecanismos há muitas dificuldades na pessoa saber lidar com esse tipo de coisas.</p>   |

|            |   |
|------------|---|
| <b>E9</b>  | Definitivamente até porque... eu vejo as coisas de uma forma diferente, diferente de muita gente que eu conheço, não é? Eu acho que tem a ver com as vidas. Pessoas de fora daqui do hospital. Eu acho que os enfermeiros acabam por ver a vida de uma forma totalmente diferente e as outras pessoas não compreendem. Não sei se é mais correcto ou não, não é? Normalmente costuma-se ver qual é padrão mais normal. Por exemplo, eu tenho dois irmãos que tem profissões totalmente diferentes da minha e a maneira como às vezes falo, eles ficam puxa, tu tens coração? [sorrisos]. Fico bastantes chocados, mas eu às vezes até fico assim, será que esta profissão me está a tornar numa pessoa insensível. Mas acho que apenas acabo por lidar melhor com determinadas situações que a outras pessoas, a morte, a doença. Acho que é ainda um bocado restrito, eles escondem, embrulham, não querem falar.  |
| <b>E10</b> | Não pelo tipo de trabalho. A única coisa que a minha profissão me afecta no meu bem-estar é porque me obriga a um número de horas de trabalho superior aquilo, que eu penso que em qualquer profissão é desejável, porque se trabalho não só no trabalho efectivo, que são as 42 horas por semana, como também, se eu trabalho frequentemente horas extraordinárias e eu, neste momento, como director do serviço trabalho em média 48 horas por mês de horas extraordinárias, a somar as 42. Talvez 48 horas, seja exagero mas talvez 16 + 8, 24 horas... 24 horas por mês em média, estou neste momento a fazer. 24 horas provavelmente em média extraordinárias e somando estas horas, eu tenho horas em casa que tenho de organizar algumas coisas, que têm a ver com as coisas que no dia seguinte vou ter de fazer, por isso... E essa é parte que mais stress ou perturbação causa na minha vida e não propriamente a tipologia da doença, agora se é um doente oncológico que está neste estado ou naquele... não, mas sempre foi assim, mesmo sem serem estes doentes, é igual, se é um doente com insuficiência cardíaca, se é um doente com cirrose. Basicamente a solução técnica é tanto faz ser cancro, como ser cirrose ou outra doença qualquer, o que é fundamental é que nós tenhamos a sensação de que para aquele problema esta solução está individualizada e aparentemente é melhor, porque depois se eu estiver convencido que eu tenho uma razoável solução para determinado problema, eu já estou em paz comigo, depois vou ter unicamente de esperar que o doente a aceite e que eventualmente melhore com aquela perspectiva. A pior sensação é que eu tenho um doente e que não tenho que lhe fazer ou não sei o que lhe fazer... Não é não tenho é não sei. Existe uma solução e eu sou ignorante e, como sou ignorante, não sei o que fazer. Isso é o stress. O stress é esse. Há uma doença, há um tratamento e eu não sei qual é... e não tenho tempo para estudar, não tenho a quem perguntar, tenho um tempo muito curto para decidir, não é? Isso é o único stress porque há doenças e há doenças. Há doenças que lida diariamente e tem as instruções na ponta da caneta e há outras doenças que a gente lida, que acontece um caso em um milhão e que obriga andar ali à procura e, muitas vezes mesmo, essas em que há um caso em um milhão, às vezes dão tempo para a gente ir lendo, lendo, lendo e chegar lá. Outras vezes a doença evolui tão rapidamente que a gente antes de chegar lá, já está a ter que decidir outras coisas. Isso pode criar algum stress nas doenças. Nas oncológicas, isso raramente acontece com essa rapidez, tirando as leucemias. |

| Entrevistas | Questão 4a: Pode-me citar alguns factores de risco?   |
|-------------|---|
| E1          | <p>Aqui em serviço, factores de risco que nós temos. Bem, nós temos os riscos biológicos que esses são imensos. Em termos de material para trabalhar não temos o melhor. As nossas camas são super altas, por exemplo, eu que sou uma pessoa baixa, as camas são muito mais altas do que o que eu posso estar, por exemplo, se for reanimar um doente, eu tenho que me pôr de joelhos em cima da cama e isso, não devia acontecer, as camas deviam ter alguma mobilidade em termos de altura para a pessoa que lá está à frente. São todas de dar à manivela, o que exige de nós grande esforço. Para além da sobrecarga de trabalho, não sei. <b>A nível psicológico?</b> A nível psicológico, neste momento, sinto-me mal aqui no serviço, não sei se isto é influenciado pela carga de trabalho que temos, mas o trabalho em equipa não existe. Nós da parte dos colegas nunca contamos com apoio e muitas das vezes, contamos com situações desagradáveis. Neste momento, a relação que existe dentro da equipa, quer seja na equipa de enfermagem, quer seja com as auxiliares, mesmo às vezes com os médicos, que se calhar são uma classe que se coloca um pouco mais à parte e que entre eles têm as suas confusões mas que não se misturam com os outros, neste momento, as relações entre nós todos está muito má. E eu acho que não é pelos doentes, eu penso que isto tudo está relacionado com a sobrecarga de trabalho. E isso tem-nos desgastado a todos nós. Eu acho que as pessoas... Neste momento, ninguém tem paciência, a qualquer momento toda a gente estoura, agredimo-nos verbalmente uns aos outros sem pensarmos. Às vezes, porque um colega se esqueceu de fazer certa actividade, nós que vimos a seguir, se calhar não disparatamos logo directamente com o colega mas se calhar passamos o resto do turno todo a massacrarmos-nos porque ele não fez isto. Às vezes por coisas tão insignificantes que esqueceu, não fez pronto, não fez acabou, fiz eu, que isso acontecia quando eu vim para cá. Neste momento, acho que não está acontecer. Neste momento, estamos todos sobrecarregados, inclusive psicologicamente. Eu acho que neste momento, este serviço está em burnout [<b>sorrisos e suspiro (sentimento de alívio)</b>], o serviço todo.</p> |
| E2          | <p>Existem factores de risco que podem afectar o meu bem-estar, mas penso é que não constituem uma ameaça. Não estou a dizer que influencia grandemente a minha vida, mas claro que afecta, se calhar, saio daqui mais irritado. Por exemplo, factor de risco que pode dar algum mau-estar à minha qualidade de vida. Acho que por exemplo, o horário rotativo, este tipo de horário rotativo para o nosso serviço com esta especificidade de doentes que temos... oncológicos, oncológicos em fase terminal, eu acho que deveriam ter mais cuidado com o tipo de horário. Nós acabamos por ter um rácio de enfermeiros e somos vistos como uns prestadores de cuidados gerais e acabamos por não ser. Nós temos uma especificidade tremenda e acho que ao fazerem o horário acabam por olhar para nós como enfermeiros generalistas e depois na génese, lá no fundo de tudo, nós não somos só enfermeiros generalistas, nós somos muito mais, acabamos por prestar cuidados altamente diferenciados que nos desgastam imenso. É o que eu acho. E nesse aspecto, eles deveriam ter um pouco de mais cuidado quem está nos órgãos de gestão para dar... umas folgas, compensações de horas e etc. serem mais ponderados e não ser um horário tipo carne para canhão. Há que fazer o horário, há que cumprir as 35... Não fazer 35 horas manhã, tarde, noite, mas fazer 35 horas com folgas para descansar. Muitas das vezes, o trabalho físico é enorme mas nós aqui temos as duas componentes, o trabalho físico e psíquico que é uma coisa mesmo... Nota-se a olhos vistos e acho que deviam ter mais cuidado com esse tipo de coisas, nomeadamente com o horário. Isto influencia bastante na vida lá fora, porque depois uma pessoa atinge o limiar de irritabilidade mais rapidamente, que eu vejo por mim. Quando dou por ela, ainda dá-me um clique, alto lá, tu já não estás bem, porque depois tento recapitular um bocado e tentar brincar com as coisas. Acho que é por aí.</p>   |
| E3          | <p>Relativamente à prestação de cuidados com doentes oncológicos... só de pensar que pode surgir... haver uma doença assim, num familiar ou pessoa amiga próxima... aí, já não digo que consiga gerir assim tão os meus sentimentos. Relativamente aos doentes oncológicos em geral, momentaneamente toda a situação em si... É o que eu dizia, não todas as situações mas algumas têm me marcado bastante. Aconteceu o caso de uma senhora [...] teve uma evolução bastante rápida para o lado negativa e acabou por falecer comigo. Esta situação chocou-me bastante [...] na altura que as coisas acontecem custa sempre. Factores de risco além destes, não lhe consigo indicar nenhum em particular. É mesmo a situação em si e algumas particularidades como esta por exemplo, que podem ser factores de risco.</p>   |
| E4          | <p>Olhe a depressão... Eu acho que o pior deles é a depressão. A ansiedade também. Factores de risco, vamos lá ver se eu entendi... que contribuem... que podem constituir uma ameaça para o meu bem-estar. E às vezes até a agressividade psicológica que enfrentamos perante os familiares, somos que damos a cara durante 24 horas, porque o médico é raro estar presente. Há aquela agressividade que não é se calhar gratuita, vem porque realmente estão preocupados com aquela pessoa e que no fundo, quase que nos culpabilizam por aquele doente não ser tão bem tratado, digamos assim. Isso psicologicamente afecta-nos muito... afecta-nos muito.</p>   |

|    |   |
|----|---|
| E5 | <p>Eu acho que o que pode acontecer é mesmo a falhar destas estratégias... acho que é mesmo isso, não lhe consigo explicar até que ponto, eu consigo ver essa falha, como é que eu hei-lhe dizer... Eu sei que tenho mecanismos que me distanciam um pouco da situação, mas também não lhe sei explicar assim ao certo, quais são. Eu sei que também trabalhando aqui, eu sei que a nossa disponibilidade é um dos mecanismos que nos defende, porque para conseguirmos dar uma resposta a todos os doentes que temos aqui, se calhar não conseguimos estar tempo suficiente com esses doentes e se calhar por isso, também não nos deixamos envolver tanto com a situação em que eles estão, porque estamos aqui mas também sabemos que há outros doentes que precisam do nosso apoio e se calhar... é por isso se calhar que também percebem, aliás não sei se percebem ou não, mas eu acho que no fundo eles têm a ideia que nós não podemos estar ali sempre com eles, por termos outros doentes. Mas se calhar eles gostariam que nós tivéssemos, se calhar eu também gostaria do que só chegar e só: Bom dia, como está? Como passou? Vamos ver a tensão, trago-lhe aqui a medicação... Tem dores, não tem? Eu pelo menos tenho ideia que não consigo criar uma relação tão próxima também por isso, devido à falta de tempo. Nós aqui, estamos sempre a correr contra o tempo para termos as coisas todas feitas. Então, se calhar... Nas outras instituições, se calhar também é igual, não sei! Mas esta, é a realidade que eu conheço e acho que é muito difícil manter outro tipo de relação assim ou por mim ou porque eu também... eu sou uma pessoa que não consigo facilmente ou melhor evito estabelecer uma relação muito próxima, depois os internamentos cada vez são mais curtos, cada vez lidamos mais com um maior número de doentes e depois temos que começar tudo outra vez do zero. Mas se calhar depois já não seria uma defesa para nós, seria mesmo um factor de risco.</p>  |
| E6 | <p>Além do horário, aqui nos serviços temos os factores de risco biológicos que são imensos... Mais, sei lá... A nível físico, podemos ter... às vezes fazemos imensos levantes e podemos ter vários problemas, temos aqui algumas colegas com contracturas e tudo e este aparelhinho aqui [<b>aponta com o indicador esquerdo</b>] o elevador, com tanto trabalho que temos e pedir à auxiliar para vir buscá-lo, acabamos por levantar o doente e às vezes corremos riscos, porque são doentes muitos pesados por vezes e acontece... Muitos colegas têm problemas físicos por causa disso. <b>A nível psicológico?</b> A nível psicológico, nem é bom falar. A nível psicológica também temos riscos, acarreta tudo um processo grande de envolvimento connosco: se o doente está bem, se não está... Tem mesmo a ver com isso, a nível psicológico temos um desgaste grande.</p>  |
| E7 | <p>Do ponto de vista físico, isto são uns tratamentos que têm produtos tóxicos, os tratamentos são tóxicos e isto traz riscos biológicos e mesmo em termos de saúde porque há inalação de micro-partículas de citotóxicos, que a gente não se apercebe e se calhar também não tenho certeza absoluta que as instalações estejam preparadas para fazer a extracção desses mesmos produtos. Eu não vou dizer que não estou mesmo, porque também não posso afirmar. A medicina do trabalho está atenta, mas sei que algumas vezes a gente sente que anda qualquer coisa no ar. A gente tosse, a gente tem aquele pico no nariz, na garganta... anda por aí. Isto é uma ameaça do ponto de vista físico que eu acho importante e da qual não estamos salvaguardados. Sob o ponto de vista psicológico... negativo, eu não encontro que a gente tem um relacionamento com os doentes muito além das sessões, nós estamos disponíveis, não estamos disponíveis 24 horas, mas estamos sempre disponíveis. O doente quando precisa de alguma coisa, telefona ou vem alguém da família e a gente resolve. Isso satisfaz-me muito. Isto é positivo, eu sinto-me bem fazendo. A única coisa, como já disse, que me pesa é o que eu não consigo fazer, que vai para além das minhas competências, das minhas responsabilidades, mas tem-se que ultrapassar, embora haja dias que a gente passa melhor que outros. Seguramente, não é? Isto, depois se calhar também se reflecte em termos de convívio entre equipa. Não sei se me ia perguntar isso, mas é uma realidade. A descarga que eu consigo fazer ou a cartase que eu consigo fazer deste tipo de coisas não é em casa seguramente que o faço, não é meu hábito ir para casa e levar problemas do hospital para casa e ao contrário também não é verdadeiro. Mas que se reflecte às vezes em termos de relacionamento de equipa porque, se calhar há colegas que conseguem minimizar ou conseguem não sobrevalorizar este tipo de constrangimentos porque também já estão aqui há mais tempo que eu. Outros também porque não conseguem resolver... Também não vale a pena a gente se chatear de mais, porque se não depende de nós, não vale a pena a gente andar aos murros e cabeçadas... é mesmo assim.</p> |
| E8 | <p>Alguns factores de risco. Além dos factores biológicos? <b>Sim, imagino que esses sejam imenso, mas além desse factor pode-me citar mais alguns.</b> A nível psicológico há, isso há sempre um desgaste. Há essencialmente... Já tive pessoas alguns colegas de escola que tiveram situações graves, já tive pessoas de família, já tive pessoas que de forma mais ou menos directa uma pessoa vive com elas, já tive pessoas com contratos de trabalho de mês a mês que têm uma doença grave... da área oncológica... quer dizer um mês... uma pessoa tem um azar hoje, o mês acaba amanhã e além já tem uma carta e despedimento. Isto é assim, quer queiramos quer não, a gente podia dizer assim, isto não me diz respeito, não diz o tanas, porque é assim às vezes há sentimentos de revolta e a revolta dá vontade de chegar lá ao pé da entidade patronal e dizer-lhes assim, quer dizer: vai para o raio que o parta porque isto não se faz. Não é? Isto marca-nos. São factores que em termos emocionais nos alteram, eu tento minimizar. A minha filha tem 9 anos, o meu filho é mais velho, já tem 16 e tento às vezes conversar isto com eles, também para eles se aperceberem que se às vezes há um grito mais alto possa estar relacionado com isto e eles não têm culpa nenhuma. A minha mulher já nem tanto porque pronto também trabalha na área da saúde e compreende as coisas melhor, mas se calhar quem diz isto, diz o lado dela, ela também vive isso. Ela trabalha na área cirúrgica e às vezes abre-se um doente a pensar que é uma coisa e é outra. Não vou dizer assim... Normalmente eu durmo como uma pedra [<b>sorrisos</b>], mas há momentos que eu acordo de noite a pensar nisto. Agora é assim, se era o meu inconsciente que estava a pensar e me levou acordar ou não, não tenho memória para conseguir definir isso, porque razão eu acordo e penso nisso. Isto não acontece muitas vezes, mas acontece.</p>   |

|            |  |
|------------|--|
| <b>E9</b>  | <p>Aqui os riscos biológicos são imensos, além desse factor... Neste momento, a nível profissional não temos rigorosamente incentivos nenhuns e eu que sou contratada... Pronto, profissionalmente não me sinto nada valorizada, neste momento. Sinto que entrei numa profissão que é mesmo para auto-sacrifício porque ninguém valoriza aquilo que eu faço, a dedicação que eu tenho, não é? Não temos rigorosamente incentivos nenhuns. Trabalhar nestas condições com risco biológico, emocional que acarreta e físico, pronto vários factores, não vemos compensação de lado nenhum. Claro que nós também devemos pensar que fazemos isto porque gostamos, mas não vivemos só de apreciação e de ânimo, de uma palmadinha nas costas, é preciso mais qualquer coisa.</p>   |
| <b>E10</b> | <p>Não pelo tipo de trabalho. A única coisa que a minha profissão me afecta no meu bem-estar é porque me obriga a um número de horas de trabalho superior aquilo, que eu penso que em qualquer profissão é desejável, porque se trabalho não só no trabalho efectivo, que são as 42 horas por semana, como também, se eu trabalho frequentemente horas extraordinárias e eu, neste momento, como director do serviço trabalho em média 48 horas por mês de horas extraordinárias, a somar as 42. Talvez 48 horas, seja exagero mas talvez 16 + 8, 24 horas... 24 horas por mês em média, estou neste momento a fazer. 24 horas provavelmente em média extraordinárias e somando estas horas, eu tenho horas em casa que tenho de organizar algumas coisas, que têm a ver com as coisas que no dia seguinte vou ter de fazer, por isso... E essa é parte que mais stress ou perturbação causa na minha vida e não propriamente a tipologia da doença, agora se é um doente oncológico que está neste estado ou naquele... não, mas sempre foi assim, mesmo sem serem estes doentes, é igual, se é um doente com insuficiência cardíaca, se é um doente com cirrose. Basicamente a solução técnica é tanto faz ser cancro, como ser cirrose ou outra doença qualquer, o que é fundamental é que nós tenhamos a sensação de que para aquele problema esta solução está individualizada e aparentemente é melhor, porque depois se eu estiver convencido que eu tenho uma razoável solução para determinado problema, eu já estou em paz comigo, depois vou ter unicamente de esperar que o doente a aceite e que eventualmente melhore com aquela perspectiva. A pior sensação é que eu tenho um doente e que não tenho que lhe fazer ou não sei o que lhe fazer... Não é não tenho é não sei. Existe uma solução e eu sou ignorante e, como sou ignorante, não sei o que fazer. Isso é o stress. O stress é esse. Há uma doença, há um tratamento e eu não sei qual é... e não tenho tempo para estudar, não tenho a quem perguntar, tenho um tempo muito curto para decidir, não é? Isso é o único stress porque há doenças e há doenças. Há doenças que lida diariamente e tem as instruções na ponta da caneta e há outras doenças que a gente lida, que acontece um caso em um milhão e que obriga andar ali à procura e, muitas vezes mesmo, essas em que há um caso em um milhão, às vezes dão tempo para a gente ir lendo, lendo, lendo e chegar lá. Outras vezes a doença evolui tão rapidamente que a gente antes de chegar lá, já está a ter que decidir outras coisas. Isso pode criar algum stress nas doenças. Nas oncológicas, isso raramente acontece com essa rapidez, tirando as leucemias.</p> |

| Entrevistas | Questão 4b: Pode-me citar alguns factores de protecção?   |
|-------------|---|
| E1          | Que eu tenho?! Contra a sobrecarga de trabalho, não tenho volta a dar. Contra a sobrecarga psicológica que neste momento se gere aqui no serviço, não me consigo proteger, eu chego a casa e, quem está ao meu lado, é a pessoa com quem eu desabafo, desabafo, digo tudo e essa pessoa diz que eu vivo no serviço, vivo para o serviço e que saio do serviço e continuo a viver para o serviço. Porque eu saio a falar disso e às vezes acontece-me de não estar a conversar em casa ou estar a conversar sobre outra coisa qualquer e eu vou buscar qualquer coisa do serviço. Ah! Aconteceu mais isto, isto e isto e não paro. Mesmo assim não me sinto descansada, não sinto, apesar de falar tanto do serviço e de situações que me magoaram, não consigo chegar a casa e depois de falar disso tudo, não consigo dizer: ah! Pronto já falei, fiquei aliviada. Continuo a achar que as coisas ficaram ali magoadas e, às vezes, não consigo esquecer certas coisas. [...]. São mais estas experiências que me afectam e não propriamente os doentes oncológicos, porque estas estão a afectarem a minha vida profissional e pessoal.   |
| E2          | Utilizo estratégias. Mas muitas das vezes, eu noto que precisávamos... Por exemplo, à passagem de turno, nós precisávamos de falar mais sobre alguns assuntos nomeadamente da parte oncológica, porque acabamos por passar a parte científica, se é algaliado, se não é algaliado, se tem globo, se não tem, se tem ferida e, às vezes, estamos-nos a esquecer que somos prestadores, que somos seres humanos e que temos, se calhar, de falar de emoções. Eu costumo dizer na palhaçada e a brincar que facilitar emoções como a CIPE diz como intervenção de Enfermagem, facilitar ou escutar o doente, não é só ver o doente, é também ver o contrário. Claro que não é o doente que tem que fazer isso, se calhar devia haver algum momento em equipa para fazer isso. Acho que era necessário. Até que às vezes nós sentimos necessidade, porque um colega sai daqui, porque alguém, um doente x correu mal, faleceu... [...] Se nos pomos a pensar nestas coisas, vamos para os outros doentes já fragilizados.   |
| E3          | Factores de protecção?! Eu consigo ter atitudes e formas de estar que acho que são de protecção, mas que têm a ver comigo, são inerentes a mim mesma. Eu não penso que vou fazer isto assim, assim, assim para ver se me esqueço daquilo... É talvez também o meu dia-a-dia que me ajude a não pensar, por ser muito agitado e me permite pôr um bocadinho de lado o que se passa no hospital. Porque eu tenho a miúda, tenho as coisas de casa e bloqueio um bocadinho o que se passa do outro lado. Se calhar, se tivesse uma vida mais liberta era capaz de pensar mais sobre aquilo que me acontece aqui. Acho que se calhar o único factor mesmo é a ocupação que eu tenho fora daqui, porque se uma pessoa se põe a pensar nesses casos realmente, mesmo que se saia daqui e se tente esquecer pensasse. Antes de casar e ter a miúda não tinha tanta responsabilidade fora daqui e se calhar, pensando bem deixava-me influenciar mais. [...] Mas quando me sinto assim, mais triste falo em casa, tenho que desabafar. Muitas vezes falo com amigas minhas, muitas nem estão ligadas à área da saúde o que ajuda, senão... às vezes quando falo com amigas daqui, elas também começam a falar e eu... acabo por nem desabafar... às vezes nem sempre. |
| E4          | Mecanismos de defesa... mecanismos de protecção... Acho que é um factor e que já lhe falei um bocadinho sobre isso, quando eu disse que cada um de nós desenvolve os seus mecanismos de defesa. Eu acho que nós temos de ter um auto-controlo muito grande, ter capacidade de comunicar, que não é fácil. Não é fácil comunicar, não é fácil ter atitudes de assertividade com a outra pessoa e tentar controlar a situação, nós também somos humanos, não é? É assim, uma pessoa humana com emoções, tentar controlar uma outra pessoa humana também com outras emoções... É complicado.   |
| E5          | Não sei [sorrisos]. Não sei, mas eu acho que já lhe respondi um pouco a esta pergunta na pergunta anterior... [sorrisos]. O facto de não termos muita disponibilidade, dos internamentos serem mais curtos, de termos de conviver com um maior número de doentes, acho que é um factor de protecção... Eu é que me adiantei a responder ou não, porque é como eu dizia, se assim não fosse, seria mesmo um factor de risco porque acabaria por sofrer com o vínculo que criaria com o doente [sorrisos]. De qualquer forma, nós tentamos com que eles saiam daqui da melhor forma possível. Esta ideia também, acho que nos ajuda a continuar com os seguintes, saber que demos o melhor, que saíram daqui melhor do que entraram, também nos ajuda a ter forças e a continuar com os seguintes.  |
| E6          | Factores de protecção, que eu utilizo para não me deixar envolver nestas situações, que interferem comigo... É complicado responder... Porque nós lidamos com muita coisa que nos pode prejudicar, por exemplo ver os outros a sofrer, mexe connosco. O que acontece é que quando fazemos noite temos dezassete doentes e aí, não temos muito tempo para todos e vai um bocadinho pelo tempo. A forma como nós nos protegemos perante a morte porque estes doentes estão em constante risco de vida, é que temos que andar para a frente e, às vezes... Normalmente, o nosso pensar quando algum doente morre é, este já não sofre mais e temos que cuidar dos que estão vivos, não é? Porque às vezes nem temos tempo para dizer: eh! Morreu! Nem paramos para pensar e, se calhar também é bom que assim seja, é chamar o médico e pensar logo nos outros doentes. E de imediato naquele momento, é pensar noutro doente que precisa disto ou daquilo... É impressionante isto. É uma constante roda-viva.  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <p><b>E7</b></p>  | <p>Se calhar vai ao encontro do que dizia há pouco, a experiência profissional pode ou não trazer algumas estratégias para lidar com estas situações. Eu se calhar porque, que estou aqui a menos tempo que muitas colegas, ainda estou num processo de aquisição, diria mesmo de adaptação. Mas tanto como eu me conheço, eu não vou conseguir ir muito mais além disto em termos de aceitar o que eu poderia fazer e não posso. Eu estou aqui há cinco anos, mas já trabalho há muitos e eu sei, tenho quase a certeza, a não ser que... eu também não aprendo só com as coisas do serviço, também aprendo com a vida própria a não ser que eu mude muito, acho que vai ser difícil para mim ultrapassar e adaptar-me ao que me incomoda mesmo, que é aquilo que eu não consigo fazer, porque tem muito trabalho. Do ponto de vista físico, a gente sai daqui como um caco. Agora o que me arruína mesmo é o que eu não pude fazer de verdade, eu digo sempre isto. Com as colegas também é assim, mas têm outras perspectivas das coisas: o que não posso fazer não faço, fazemos o melhor que pudemos, o que nos deixam fazer... Eh! E eu estratégias, não estou a ver que estratégias é que eu posso usar para me livrar destes constrangimentos, para que não me façam sofrer ou que me tragam menos prejuízo para mim. Eu não sei... só se eu conseguisse ter a percepção que eu tivesse a fazer tudo o que eles precisam é que para mim estava tudo bem, é que estava o problema resolvido, mas estratégias para que isto ande para trás, eu acho que não vou conseguir. Eu vou ter sempre este sentimento de que falta qualquer coisa. Eu sou capaz ou tento me pôr no lugar do outro. Eu se um dia estou numa situação desta, eu também gostava que alguém fizesse tudo aquilo a que eu tenho direito, enquanto pessoa. Há muitas coisas que se podem fazer além do tratamento, da quimioterapia, radioterapia...</p>   |
| <p><b>E8</b></p>  | <p>Se calhar os factores de protecção é um bocado tudo aquilo que uma pessoa vai conseguindo fazer... Por um lado, eu tentei fazer um curso, um outro curso, onde também trato doentes e isso aí, é um dos factores de protecção. Fiz um curso de Medicina Tradicional Chinesa e é assim, por norma, a gente pode dizer que aquilo é um bocado filosofias ocas, o que é certo é que uma pessoa depois de ter experiência naquilo, não diz que aquilo é uma filosofia oca. No início, quando se começa a aprender é um bocado filosófico mas depois é muito realista e, se a gente transpuser aquilo para animais, os animais não reagem a parte psicológica portanto aquilo é muito realista. Tem como tudo a sua parte psicológica, mas tem de ser mesmo assim e esta é uma das coisas que eu acho engraçada. Há n coisas que uma pessoa não tem resposta num lado e num outro consegue ter. Portanto, essa é uma das formas que me satisfaz a mim ter conhecimento nessa área, as outras formas são na realidade, é assim... quer dizer: eu vou para todos os jogos do meu filho, há dois anos tive um convite da federação para poder funcionar como terapeuta com eles, dá-me um gosto imenso poder acompanhá-los quer dizer... o meu filho estar a jogar em dois escalões diferentes e eu a esforçar-me ao máximo para poder ir a todos, assistir aos treinos, levar a minha filha à piscina... pronto... sempre que o meu filho vai ao ginásio tento ir com ele. Outra das coisas que eu adoro, é ir até meio do campo, ao ir até casa dos meus sogros e ajudá-los a fazer as coisas ou ir para um terreno que eu tenho e fazer qualquer coisa, essa é uma das formas que tenho e que a mim, me faz sentir bem porque olho à minha volta e mesmo nas épocas mais tristes, tem os seus encantos e leva-me a ver as coisas de forma diferente. Se calhar não tenho é o tempo que desejaria ter para ir lá mais vezes e por isso não consigo lá ir... Arranjei uma cadela para o meu filho e todos os dias vou com ela à rua, adoro aquilo que ela faz comigo, faz tudo o que eu lhe peço e isso acaba por me criar algum bem-estar... Quer dizer, se calhar cria algum mal estar para a minha mulher, que diz que ela contigo só falta falar e comigo não faz nada [sorrisos]... mas este tipo de coisas cria algum bem-estar e essencialmente, quer dizer, se for a pensar em n coisas que uma pessoa cria muitas vezes de forma inconsciente e quando temos um bocadinho para pensar, pensamos que se calhar isto são formas estratégicas de defesa, em relação a estas situações todas que nos vão acontecendo. Pronto, penso que de uma forma mais ou menos consciente a gente vai tendo n coisas para se defender.</p> |
| <p><b>E9</b></p>  | <p>Eu sou uma pessoa com muita esperança [sorrisos]. E então penso, isto amanhã vai mudar, isto amanhã vai mudar [sorrisos], vamos dar tempo ao tempo, não é? Até que um dia se calhar a esperança acaba, não é? Mas acho que é mesmo assim, o optimismo.</p>   |
| <p><b>E10</b></p> | <p>O factor de protecção é, embora ache fundamental aquele princípio que dizia, que foi Weseler que disse, que às vezes mais vale saber que doente tem a doença do que a doença que o doente tem. De facto, é muito importante para se ter uma boa solução começar por saber que doença é que o doente tem e depois tentar adaptá-la ao doente. Para isso é necessário perder algum tempo, conhecer o doente que tem a doença, para saber se é viável, se ele aceita, se ele não aceita, etc. mas se nós tivermos uma solução, tivermos conhecimento suficiente para aplicar uma determinada solução à maioria dos doentes, também nos apercebemos qual é a personalidade, qual é o grau de aceitação que os doentes têm em relação às soluções. Por isso, eu acho que a maior protecção que se pode querer para um profissional que não queira viver com muito stress, é ter alguma preparação... preparação razoável de maneira a que não seja tudo novidade para ele, porque se for tudo novidade para ele, sucumbe à profissão, aí sim, mas isso em qualquer profissão.</p>   |

| Entrevistas | Questão 5: Que recursos lhe têm sido úteis para lidar com estas experiências? Pode-me dar um exemplo?   |
|-------------|---|
| E1          | Tenho o apoio da minha chefe. [...] Estratégias como serviço, não sei se consigo encontrar. Com os doentes oncológicos, é assim. Especificar estratégias? Eu acho que nem eu sei especificar quais são as minhas estratégias pessoais para não me melindrar com o sofrimento dos doentes. Mas eu acho é que, como me sinto bem é quanto mais apoio lhe der, ao doente, parece que sinto que da parte dele há uma maior confiança em mim, no meu trabalho como profissional e isso, faz com que eu me sinta bem, apesar de saber que aquela pessoa está mal e está verdadeiramente mal e eu acho que a estratégia que eu dou, é tentar mostrar à pessoa que eu entendo do assunto e que estou ali para a ajudar e que lhe dou todos os instrumentos para ela conseguir ultrapassar esta fase. Eu acho que a estratégia que eu uso com os doentes oncológicos é essa, transmitir confiança porque tenho confiança. [...] Eu acho que isso é que é o mais importante para nós. É nós sabermos que fomos profissionais, mas que não fomos aqueles profissionais que têm uma barreira à frente. Fomos profissionais e amigos e que aquelas pessoas confiaram em nós e que viram em nós um suporte, um apoio, uma pessoa com quem podem contar. [...]   |
| E2          | Aqui é um bocado... Recursos são poucos... Não temos grandes recursos do hospital. Eu acho que muitas das vezes, se calhar, desvirtuamos, nem queria utilizar essa palavra porque é um bocado pesada, porque até acho que as passagens de turnos deviam ser mesmos assim. Muitas das vezes, acabamos por dar outro sentido às passagens de turno, utilizamos um bocado... Eu noto que esta equipa tem muito essa necessidade, quando damos por ela, não estamos a passar os cuidados para dar continuidade no turno seguinte. Quando damos por ela, gastamos dez minutos a desabafar uns com os outros, que é o que entendo. Noto que se alguém estiver fora a fazer essa análise, que é interessante assistir a uma passagem de turno nota logo essa necessidade, só que nós como já estamos tão entranhados com aquilo, nem nos apercebemos do que estamos a fazer, mas ainda no outro dia, fui a pensar nisso e realmente é verdade. Está a equipa toda a desabafar durante a passagem... Não estamos a dizer que à tarde vai fazer um raio X urgente, que é preciso comunicar ou que entretanto é preciso vigiar os sinais neurológicos ou isto ou aquilo. Não estamos a dizer nada disto, porque isso foi dito num minuto e se calhar o que vai ser mais importante para nós vai ser o resto. Eu noto muitas vezes isso.   |
| E3          | O falar em casa é um desses recursos, embora não o faça com muita regularidade porque evito como lhe disse. Também falo com os colegas nas passagens de turno e não só nas passagens de turno, fora delas também. Talvez o meu feitio seja um desses recursos, não sei! Eu tenho uma... não sou pessimista. De mim, eu já sou mais positiva. Nunca penso no mal que pode acontecer, isso não sei, se será um desses recursos, mas talvez... É provável que seja.  |
| E4          | Olhe o apoio dos colegas, o apoio entre a equipa, há uns que têm mais capacidades que outros, o que é normal... de comunicar, de conseguir resolver os problemas. Acho que entre todos em conjunto e conversando acho que conseguimos. Outro recurso... O mecanismo de fuga. Muitas vezes nos fugimos, tentamos abstrairmo-nos, fugir mesmo do problema porque realmente isso afecta-nos completamente. Então, não é? As atitudes que se usa muitas vezes impedem-nos se calhar de ir mais à frente.  |
| E5          | Além da barreira que estabeleço para não me deixar afectar, eu tirei recentemente a pós-graduação em cuidados paliativos e também acabei há pouco, a pós-graduação em enfermagem oncológica. Acho que estas duas pós-graduações me deram conhecimentos e não só, porque as próprias docentes, orientadoras das pós-graduações eram pessoas que tinham experiência na área e não chegaram lá e, não se limitaram a falar sobre o assunto teórico, o que elas fizeram foi contar experiências próprias e isso, acho que é muito melhor e consegue-se ficar com uma ideia do que são realmente essas situações. Eu fui para a pós-graduação em cuidados paliativos, foi a primeira porque não sabia muito bem o que era, não tinha assim bem uma noção muito concreta. No curso de base também não tinham muito bem focado essa ideia e fui ver. E realmente quando cheguei lá, acho que contactei com uma realidade, que não estava a espera que fosse tão visível. Depois ao vir para aqui, também vi que essa pós-graduação, aliás as duas, que me iam aliviando destas situações, porque sabemos que a família tem de ser envolvida ou deve ser envolvida, sabemos que temos de dar apoio, não tratar só o físico, embora aqui eu acho que seja um bocado difícil uma pessoa não tratar só o físico, por uma série de factores, falta se calhar recursos, não temos um psicólogo que possa vir aqui, embora se possa pedir colaboração à Psiquiatria. Muitas vezes, também os próprios médicos não estão susceptíveis a esse assunto. Mas acho que esses cursos que tirei foram uma mais valia para estas situações, para mim, para o doente e para a família. |

|    |  |
|----|--|
| E6 | <p>O facto de gostar muito disto, eu gosto muito do que faço. Às vezes, saio daqui frustrada porque não fiz, mas depois volto no outro dia porque consigo... Acho que... primeiro porque me sinto bem com os doentes, apesar de alguns terem alguns feitiços especiais [sorrisos]. Mas se nós conseguirmos vir para aqui com um sorriso, nem que seja... e esquecer os nossos problemas lá fora, conseguimos ultrapassar esses problemas que surgem aqui porque cada dia que passa, temos doentes novos, nem sempre, mas há sempre uma admissão nova e acho que é por aí... Devemos pensar positivo para dar sempre o melhor de nós. <b>Acha que o facto de haver sempre novas admissões pode ser um factor de protecção?</b> Sim sem dúvida alguma, esta era uma das mensagens que queria-lhe transmitir a pouco e se calhar não o fiz da melhor forma. O facto de termos novas admissões e às vezes, ficarmos com os doze doentes do princípio, os doze do meio ou os do fim do corredor também ajuda, principalmente quando há internamento prolongados, porque quanto maior e mais prolongado for o contacto, maior é a relação que se cria entre nós e o doente e isso pode ser muito mau para nós. Assim, quando rodamos os doentes é um factor de protecção, não é esquecer o que o doente tem e que ele ainda está internado, porque continuamos em contacto com ele, até porque se o colega precisar de mim, eu ajudo-o, por exemplo, se o colega for comer, até ficamos responsáveis por aquele doente, ou mesmo em muitas situações, faço questão de ir dizer um olá ao doente. A questão é que já não lidamos tão directamente com o doente, não sabemos pormenores da ficha clínica, nem procuro saber se não volto a estaca zero. [...]</p>  |
| E7 | <p>Um já falei. É separar a vida profissional da vida particular, isto não quer dizer que eu consiga fazer sempre isso. Eu muitas vezes estou em casa e lembro-me de um doente que está mal, que piorou. Incomoda-me, de alguma forma incomoda-me mas incomoda-me é aqueles doentes que já sigo há alguns anos em tratamento e que depois chegam a uma fase em que se vão degradando, degradando até morrer, porque a gente sabe que eles vão morrer. Isso mesmo mexe comigo, mexe comigo mas também acho que é normal, porque há um vínculo que se cria. Eu acho que é normal. Também se eu não conseguir me incomodar com algum doente que eu já conheço há algum tempo e que agora está mal e sei que vai morrer, também mal era para mim. Não quero chegar aí, não quero ser tão insensível que nem diferença me faz, agora tento... São casos pontuais, são aqueles casos que nos marcam mesmo, que eu não consigo deixar de pensar. Quando acontece isso, converso em casa por exemplo, senão não o faço.</p>  |
| E8 | <p>Sim... são estes os recursos que tenho para lidar com estas situações... Acho que tenho consciência que sim... que são. [resposta à questão 4]. Se calhar os factores de protecção é um bocado tudo aquilo que uma pessoa vai conseguindo fazer... Por um lado, eu tentei fazer um curso, um outro curso, onde também trato doentes e isso aí, é um dos factores de protecção. Fiz um curso de Medicina Tradicional Chinesa e é assim, por norma, a gente pode dizer que aquilo é um bocado filosofias ocultas, o que é certo é que uma pessoa depois de ter experiência naquilo, não diz que aquilo é uma filosofia oculta. No início, quando se começa a aprender é um bocado filosófico mas depois é muito realista e, se a gente transpuser aquilo para animais, os animais não reagem a parte psicológica portanto aquilo é muito realista. Tem como tudo a sua parte psicológica, mas tem de ser mesmo assim e esta é uma das coisas que eu acho engraçada. Há coisas que uma pessoa não tem resposta num lado e num outro consegue ter. Portanto, essa é uma das formas que me satisfaz a mim ter conhecimento nessa área, as outras formas são na realidade, é assim... quer dizer: eu vou para todos os jogos do meu filho, há dois anos tive um convite da federação para poder funcionar como terapeuta com eles, dá-me um gosto imenso poder acompanhá-los quer dizer... o meu filho estar a jogar em dois escalões diferentes e eu a esforçar-me ao máximo para poder ir a todos, assistir aos treinos, levar a minha filha à piscina... pronto... sempre que o meu filho vai ao ginásio tento ir com ele. Outra das coisas que eu adoro, é ir até meio do campo, ao ir até casa dos meus sogros e ajudá-los a fazer as coisas ou ir para um terreno que eu tenho e fazer qualquer coisa, essa é uma das formas que tenho e que a mim, me faz sentir bem porque olho à minha volta e mesmo nas épocas mais tristes, tem os seus encantos e leva-me a ver as coisas de forma diferente. Se calhar não tenho é o tempo que desejaria ter para ir lá mais vezes e por isso não consigo lá ir... Arranjei uma cadela para o meu filho e todos os dias vou com ela à rua, adoro aquilo que ela faz comigo, faz tudo o que eu lhe peço e isso acaba por me criar algum bem-estar... Quer dizer, se calhar cria algum mal estar para a minha mulher, que diz que ela contigo só falta falar e comigo não faz nada [sorrisos]... mas este tipo de coisas cria algum bem-estar e essencialmente, quer dizer, se for a pensar em coisas que uma pessoa cria muitas vezes de forma inconsciente e quando temos um bocadinho para pensar, pensamos que se calhar isto são formas estratégicas de defesa, em relação a estas situações todas que nos vão acontecendo. Pronto, penso que de uma forma mais ou menos consciente a gente vai tendo as coisas para se defender.</p> |
| E9 | <p>Falava mesmo agora no optimismo. O optimismo é o meu maior recurso, o meu maior apoio, porque realmente nunca vi mais nada do lado de fora, claro que era ter às vezes o apoio de alguns colegas mas como estamos todos sobrecarregados e estou todos preocupados com alguma coisa, acaba por ser difícil apoiarmo-nos e unirmo-nos uns com os outros. Mas as mudanças de turnos são um grande momento de descontração e de apoio... mas tem-se que fazer as duas coisas, tem que transmitir a informação acerca do doente ao colega e depois podemos falar e descontrair. Divertimo-nos também um bocado, não é? Não é divertir às custas dos outros, mas é enfim... É tanta pressão durante o turno que não temos tempo para conversar uns com os outros e acho que é importante no trabalho, termos alguma confiança uns com os outros e no momento das passagens de turno é o momento ideal para nós explorarmos as relações interpessoais.</p>   |

**E10**

Eu acho que aquilo que mais me foi útil, foi... Há um médico, eu não sei quem disse isso, foi... acho que foi, já não me lembro... era um médico que até fazia uns desenhos, como é que ele se chamava... bem agora já não me lembro. Mas que dizia qualquer como isto: um médico só sabe medicina e nem medicina sabe. Isto... e eu concordo com isto, é fundamental que um profissional, que tenha um curso superior, saiba exactamente como funciona a sociedade onde ele está inserido, ou seja, ele tem de ser um técnico no que respeita à sua profissão, tem de ter soluções de acordo com aquilo que lhe é exigido na sua profissão, mas não só, ele tem de saber muito bem a sociedade em que vive e para isso, tem de ler livros, que sejam livros banais desde romances à história universal, geografia... Tem de conhecer psicologicamente padrões de comportamentos das pessoas e isso aprende-se ao longo da vida, lendo, falando uns com os outros e convivendo. Acho que é assim que se aprende... e não ficando limitado aos livros que um grupo, felizmente muito pequeno de pessoas acha que se for um bom técnico, que se souber muito boas soluções, se for ler muitos livros, se souber muita coisa tem boas soluções. Não é verdade, porque é fundamental ter boa qualidade profissional, mas também é fundamental ter boa qualidade humana e a boa qualidade humana tem-se de se encontrar ao longo da vida, pelas vivências que fomos capazes de chamar ao pé de nós.

| Entrevistas | Questão 6: Acha que a esperança pode constituir-se como um desses recursos?   |
|-------------|---|
| E1          | Eu acho que sim, mas esperança... Quer dizer, muitas das vezes a gente pode não ter a esperança da cura, mas esperar que vamos ter uma qualidade de vida, acho que isso é que é o importante. É claro que quando há um diagnóstico de uma neoplasia, a primeira coisa que a pessoa pensa é: primeiro tirem-lhe o chão debaixo dos pés e depois é tentar agarrar-se a qualquer coisa, qualquer fé que será e que possa ser chamada de esperança, que pode vir a curar-se. Apesar de se saber que estes doentes estão muitos anos sem se poder dizer que estão verdadeiramente curados. Eu tive um professor que dizia que não. Dizia que eles estavam curados, que as recidivas que houvesse, não eram recidivas daquele tumor mas sim de outro tumor. Mas, eu acho que isso é um pouco radical de mais [sorrisos], mas há pessoas com... por exemplo, eu tenho uma tia que teve cancro intestinal, com doze pólipos de malignidade intensa e passaram oito anos e ela... o médico no primeiro dia que pegou nela para a operar disse que ela não passava de seis meses e já com um bom prognóstico de fazer quimioterapia e radioterapia. Lembro-me de nessa altura, ela não tinha esperança de nada, não tinha esperança nenhuma. E nessa altura nós todos tivemos esperança, esperamos que realmente ela recuperasse. Ao fim de oito anos, o médico quer lhe dar alta e ela não quer ter alta do IPO porque acha que ainda não está curada. Estes doentes nunca se acham curados. Agora nós como profissionais para com o doente oncológico, eu acho que nós temos o dever de lhe dar esperança, pode não curar mas pelo menos vamos lhe garantir uma qualidade de vida. Agora nós esperamos que aquele doente recupere, não sei, eu acho que não sinto, não me coloco nessa situação [sorrisos]. |
| E2          | Ai sim! Sim [sorrisos] e acho que é o que move aí o pessoal todo. Acho que é... sem dúvida alguma.  |
| E3          | Também se calhar... nunca tinha pensado nisso, mas é provável que sim. O facto de uma pessoa ter sempre um pensamento positivo implica ter sempre esperança de mais alguma coisa. Portanto... Não tinha pensado nisso [sorrisos], mas é bem provável que possa ser um desses recursos. Pelo menos o ser positivo, pelo menos leva-nos a ter esperança em alguma coisa ou em que dure mais...  |
| E4          | Olhe... Eu sou uma mulher de esperança [sorrisos]. Eu sou uma mulher de esperança, acredito, que por mais difícil que o dia de hoje seja, eu acho que amanhã se consegue um bocadinho melhor. Eu, no fundo apesar disto tudo, acho que ainda acredito no ser humano, acho que pouco a pouco vamos conseguir melhor e que vamos conseguir uma melhor qualidade de vida. Talvez pelo percurso de vida, desde a minha infância até agora, que as condições de vida eram outras e que se foi evoluindo em tudo. Em termos da saúde também, em termos económicos também, em termos de cultura também... Mas ainda falta muito civismo ao português mas haja esperança que isto mude.   |
| E5          | Acho que sim... Acho que sim. <b>A que nível?</b> Acho que uma pessoa tem de ter esperança em qualquer situação, mesmo que pareça uma situação complicada, a esperança é sempre a última a morrer, como dizem. Nunca se sabe se vão descobrir um novo tratamento, uma nova cura entre aspas ou uma nova forma de aliviar os sintomas, de proporcionar melhor qualidade de vida e isto... depois também depende muito da perspectiva que os doentes oncológicos têm sobre a sua situação. Eu acho que eles próprios também têm esperança de ver a situação resolvida por mais pequenina que ela seja, têm. Conosco a mesma coisa, nós também temos esperança que consigamos dar melhores condições a estes doentes, cuidados, tudo...  |
| E6          | A esperança, em que sentido? Esperança de vida? <b>Não, a esperança como conceito isolado.</b> Sim, acho que pode ser um desses recursos, nunca tinha pensado nisso, mas sim, pode. <b>A que nível?</b> Porque... Acabamos por... Como temos muitos doentes, esperançamo-nos no amanhã não ter aquele doente, porque melhorou e teve alta ou até a situação clínica está estável e pode ter alta, esperançamo-nos em ter um doente com melhoras... [...]  |
| E7          | O termo esperança não é muito significativo para mim. A esperança é muito subjectivo, ou a gente acredita no termo esperança e tem esperança que a ciência evolua ou ter esperança que haja um milagre, isso para mim não faz muito sentido. Eu não trabalho por esperança. Eu acho que abriria um parêntesis para a esperança como evolução científica, que consigam arranjar um tratamento, uma intervenção para a doença. Agora a esperança é uma coisa que para mim, como é que eu hei-de dizer, é difícil expressar-me, não é uma palavra oca para mim, mas também não é o fundamento dos meus pensamentos. Não está no meu dicionário, no meu vocabulário a palavra esperança. Eu acho que as coisas não acontecem por esperança... Acho que as coisas são mais reais mais palpáveis.   |
| E8          | Acho [pausa]... É assim, costuma-se dizer que a esperança é a última a morrer... Pronto e eu gosto muito dos ditados populares. Agora... todos nós temos momentos, que as situações sociais e políticas também nos impõem e neste momento, a gente chega muitas vezes a pensar e será que ainda há esperança? Agora... em termos reais, é basicamente o que eu digo, a esperança é a última a morrer e enquanto há vida, há esperança e esta é uma realidade e agente, por mais que critique o facto que já não há esperança, já não há volta a dar a isto tudo, estamos sempre a espera que as coisas no dia seguinte mudem. Por isso, a esperança na realidade é a última a morrer.   |

|            |  |
|------------|--|
| <b>E9</b>  | Completamente. Como dizia sou uma mulher de esperança, espero sempre melhor. Acho que isso depende de cada um, acho que há pessoas que não têm esperança nenhuma, são negativistas por natureza. Eu penso que não sou, penso sempre que isto amanhã vai ser melhor, amanhã vai correr melhor, isto amanhã resolve-se, mas não podemos deixar tudo para amanhã, mas é assim depende muito de cada um.   |
| <b>E10</b> | Eu não tenho uma boa dose de esperança. Eu, pelo aquilo que conheço da história e ultimamente até me tenho dado algum trabalho de ler história que é aquilo a maior parte das pessoas em Portugal acha que a história não é importante...a história é fundamental para a gente se situar no tempo. Eu por aquilo que tenho lido, a saúde e o bem-estar têm aumentado de qualidade assustadoramente nos últimos 100 anos e a minha esperança é que isto tende a aumentar... Por isso, não tenho esperança de regressão, tenho uma esperança de melhoramento em relação a isso, mas embora a gente assista a nichos que não têm beneficiado nada destes avanços tecnológicos e desta capacidade que se instalou no mundo ocidental, mas não só no mundo ocidental, na China aconteceu igual, quer dizer... Vamos dizer no hemisfério norte, que terá sido o mais beneficiário com todas estas, com este bem-estar todo que se instalou, por isso eu tenho uma esperança de que aquilo que neste momento é problema, que daqui por 10 anos já não seja, mas de certeza que temos outros problemas, isto agora... Aquele que nós vamos resolvendo, problema em problema, claro que isso aproximar-nos-ia de Deus, não é? Ser capazes de resolver todos os problemas, uma espécie de deusificação do homem, mas em termos de qualidade, provavelmente vai ser possível tomar decisões que, embora sejam difíceis e polémicas, mas que daqui a alguns anos vai ser fácil de tomar decisões e provavelmente quer as decisões positivas quer as decisões negativas, também vão ser mais fáceis de identificar e, por exemplo, o facto de lidar com a morte, penso que deveremos evoluir no sentido de proteger as pessoas da iatrogenia. Acho que é neste momento o grande problema que nós vivemos neste tempo, é que disponibilizamos tudo a todos e ao fazê-lo estamos a criar iatrogenia, sem jeito. |

| Entrevistas | Questão 7: O que é para si a esperança?  |
|-------------|--|
| E1          | A esperança é esperar que tudo corra bem. Eu, no papel do doente, eu acho que se eu tivesse uma neoplasia para mim a esperança era esperar curar-me. Mas aquilo que eu tento transmitir aos doentes não é esperar curar-se, é esperar que tudo ultrapasse de uma forma calma, pacífica, em que durante esse tempo sofram o menos possível e tenham uma boa qualidade de vida. Acho que não posso dar mais do que isso.   |
| E2          | A esperança, muito sinceramente, acho que é... Digamos que é uma força que não se vê, que é mesmo assim. Cada um classifica-a como quiser, porque é algo que está oculto e que nós vamos buscar forças positivas para continuar... É mesmo isso!   |
| E3          | É um sentimento... É difícil de exprimir o que é esperança [risos]. É um sentimento que dependendo das situações, poderá fazer penar em algo que vai ser mais positivo, ou seja, que vai melhorar... Agora, transmitir por outras palavras o que é esperança não consigo. É-me difícil, não sou muito boa em dar nisto [risos]. É algo de inerente a nós, que sabemos o que é mas pôr em palavras é difícil.   |
| E4          | A esperança é um desejo que alguma coisa mude para melhor... para mim é isso.  |
| E5          | [risos]. Ora... a esperança... Sei lá. A esperança, para mim, é conseguir... é chegar sempre algo melhor do que o que estou.   |
| E6          | A esperança para mim, é... poder ajudar e pelo menos poder mudar alguma coisa, é nesse sentido, porque quem tem esperança acredita que possa melhorar e mudar... nem que seja mudar para pior infelizmente, mas a mudança penso que está associada à esperança. Mas como vejo a esperança como algo positivo, a mudança tem que ser sempre para melhor. Tem a ver um bocadinho com o que dizia a pouco, às vezes até saio daqui um pouco frustrada porque não consegui fazer tudo o que queria ou porque não tive tempo ou não tive oportunidade, mas o facto de fazer questão de chegar sempre aqui com um sorriso, é uma maneira de estar, de ter esperança e ver sempre o lado positivo. E a esperança funciona mesmo assim. O facto de chegar aqui com um sorriso é ter e dar esperança, mesmo que esteja tudo mal, tudo virado ao contrário, ter de dar outra medicação, acho que é! É assim, nós temos oito horas pela frente, se começamos logo a implicar, não adianta. São oito horas que temos de passar cá e se forem da melhor forma possível, melhor. É assim que eu trabalho, porque aprendi isso ao longo destes quase setes anos, porque não vale a pena vir para aqui chateada nem com cara de mau, nem nada, porque é assim... as pessoas apercebessem-se e de nada vale, nem a nós nem a eles. Esta maneira de estar acaba por nos ajudar a nós próprios, abstraímos dos nossos problemas, mas também ajuda os doentes. |
| E7          | Melhor do que fiz, não. Eu sou bastante realista e para mim a esperança vai muito além do palpável, o que se torna difícil para mim, defini-la e trabalha-la, mas existe. [resposta questão 6]: Agora a esperança é uma coisa que para mim, como é que eu hei-de dizer, é difícil expressar-me, não é uma palavra oca para mim, mas também não é o fundamento dos meus pensamentos. Não está no meu dicionário, no meu vocabulário a palavra esperança. Eu acho que as coisas não acontecem por esperança... Acho que as coisas são mais reais mais palpáveis.   |
| E8          | [sorrisos]. A esperança é sempre um dia melhor. Se o dia de hoje, for melhor do que o de ontem, corresponde à esperança de ontem...  |
| E9          | Lá está, é um sentimento de optimismo. É o esperar que o futuro seja melhor. É ter confiança, uma confiança optimista.   |

**E10**

Como é eu definia a esperança? Eu aí, agora vou-lhe para trás, sabe. Eu já escrevi isso num blogue que eu tenho escrito. Tenho um blogue que se chama abeiraletes e já falei da esperança, com esse título mesmo e para falar disso, fui buscar a mitologia grega. Se sabe quando Zeus decidiu fazer o homem, pediu a dois titãs que o fizessem, pediu a Epimeteu que fizesse todos os animais e desse uma característica a cada um e Epimeteu assim fez e quando lhe pediu para fazer o homem, Epimeteu já tinha gasto todos os atributos que conseguia atribuir aos animais e faltavam e pediu ajuda ao irmão que é o Prometeu. Prometeu decidiu então fazer o homem, para fazer o homem deu-lhe a posição erecta, deu-lhe uma moral e o fogo. Foram as três coisas que deu e para poder dar o fogo aos homens foi roubar aos deuses, foi acorrentado ao calcado onde está eternamente um abutre a comer-lhe o fígado **[baixa tom de voz]**... Depois quando Zeus achou que foram traídos decidiu castigar os homens e mandou-lhes uma mulher, que era a Pandora, com uma caixa, que era a caixa de Pandora, onde trazia os males todos dentro e ofereceu primeiro a Prometeu e Prometeu recusou porque já sabia de onde vinha, mas o Epimeteu que era menos sensato abriu a caixa, ao abrir a caixa caíram os males todos sobre a humanidade, menos um que ficou dentro da caixa. Os males caíram, destruíram todas as coisas que havia na humanidade, menos um, que era aquele que havia de destruir a esperança. Por isso, o único mal que ficou dentro da caixa de Pandora foi aquele que havia de destruir a esperança e que não destrui. Por isso, a humanidade manteve como único bem **[pausa]** a esperança. Isto já vem desde há 5000 ou 3000 anos... mais ou menos, não é? Já vem desde essa altura ser a esperança a coisa que nos aguenta na vida. Não vou ser eu que vou dizer... faz parte da pessoa. A esperança é o que nos move... vamos dizer... no dia-a-dia, que tem sido muito mal tratada, principalmente pelas pessoas místicas, porque assenhorearam-se da esperança. Pronto, os místicos, todas as religiões fazem a gestão da esperança... ficou por aí, mas eu acho que com a evolução que a humanidade tem, a gestão tende a sair. A gestão da esperança tende a sair do misticismo e vai ter de ser gerida, por exemplo pelo mundo em geral, pelo comum das pessoas.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Entrevistas</b> | <b>Questão 8: Com base na sua experiência profissional, o que é acha que esta lhe pode trazer quando lida com novos casos clínicos oncológicos? E na sua opinião, qual é o papel que a esperança pode ter?</b>   |
| <b>E1</b>          | <p>Se calhar o já ter encontrado algumas estratégias para lidar com este tipo de doentes. É o que a experiência profissional me traz. Eh! Como esperança, eu acho que vou sempre buscá-la um bocado à parte pessoal e acho que é... a esperança... a experiência pessoal com a esperança é que faz... é que me ajuda a talvez dar essa esperança aos doentes, o que eles necessitam ou o que eu encontro que eles possam necessitar ou que eles tentam me transmitir e que eu consigo ver que eles possam precisar. Eh! Acho que é a experiência pessoal e o facto de ter feito estas duas pós-graduações, acho que foram muito ricas para eu conseguir proporcionar-lhe algum bem-estar. Tenho a certeza que se não fosse estas duas pós-graduações não tratava os doentes da mesma forma. Pronto, e isso acaba por ser a minha experiência, não é? Porque tive bastantes aulas de comunicação, nomeadamente e que... nós não nos apercebemos mas nós temos tantas lacunas! <b>[sorrisos]</b>, sem nos apercebermos. Acho que essa experiência de ter tirado essas pós-graduações beneficiaram e muito e continuam a beneficiarem. Apesar pronto, de se calhar, se eu trabalhasse numa unidade de Oncologia mesmo, onde seguisse o doente durante todo o processo, acho que ainda beneficiava muito mais porque ficava muito mais enriquecida com a quantidade de experiências em si. Aqui, pronto lá está, como é a fase de diagnóstico ou fase final, aquele intermédio que muitas das vezes o conhecerem o enfermeiro, há possibilidade às vezes desse enfermeiro acompanhar a pessoa desde o início até ao fim do processo, quer seja a cura quer seja a fase terminal... isso é muito importante e muitas das vezes possibilita o incutir a esperança ainda mais. Às vezes o pouco tempo que temos cá com o doente, às vezes não é o suficiente para conseguir incutir essa esperança. Apesar, pronto, eu conseguir comprovar nessas pequenas horas [...], que às vezes a esperança se nós conseguirmos encontrar o caminho certo até pode ser rápida e fácil de proporcionar.</p> |
| <b>E2</b>          | <p>Quando lido com novos... É assim... É desgastante mas acho que só faz sentido exactamente por aí. Se formos confrontados com vários casos oncológicos, casos que... a nossa profissão tem uma base científica enorme e uma parte relacional também da mesma maneira com uma dimensão enorme e acho que só faz sentido se investirmos cada vez mais... se tivermos mais casos, porque vamos aperfeiçoando e eu noto que é uma diferença maluca. É um bocado estranho dizer que em sete anos, houve uma evolução estrondosa. Das duas uma: ou quando eu saí, não sabia nada, o que acho que até tinha alguns conhecimentos, bastantes porque sempre me empenhei pela área, mas acho que houve uma evolução mesmo! E acho que é precisamente por aí... o ter novos casos e investir e é importante usar sempre a retrospectiva para fazer a comparação. É importante fazer uma avaliação constante, uma auto-avaliação... É muito importante, desgasta-nos... também dá cabo de nós, completamente... mas acho que é importante até para ganhar mecanismos. Ai a esperança pode ter um papel estrondoso. Lá está, eu tive esse caso que acabei de relatar e para mim isso foi a prova de tudo e mais alguma coisa... de tudo. Se alguém é assim tão pragmático ou céptico... digamos ver para crer, tem aí a prova porque... Eu acho que se uma pessoa entrar nas coisas de uma outra forma... nós já sabemos que aquele cancro vai ter aquele desfecho que toda a gente sabe. Então porquê estar a insistir naquilo. Não vale a pena entrar com ar sisudo nem nada, há que dar o maior sorriso, a que entrar com uma brincadeira, sempre dentro do domínio da esfera do doente, porque há determinados doentes que não permitem. Claro! E nós dentro do que o doente é, depois avançamos um bocado, é o que faço. Muito sinceramente tem muitos resultados.</p>   |
| <b>E3</b>          | <p>A reconhecer melhor as situações. Sei lá como explicar! Não é ficar e estar habituada às situações mas... Eu pessoalmente em relação aos doentes oncológicos, o que me custava anteriormente, custa-me sempre. O ver a pessoa a sofrer independentemente de eu trabalhar há um ano com este tipo de doença ou trabalhar há seis anos, o ver a pessoa e a família a sofrer custa-me sempre muito. Por isso, eu acho que a experiência em si nestes casos não me... Eu não evolui muito. Por exemplo, até podia dizer que sou mais dura, custa-me menos mas não, torna-se realmente impossível porque a pessoa sofre, a família sofre e daí acho que me custa na mesma. O que custava há cinco anos atrás ou há seis... realmente a experiência ajuda em outras coisas, mas neste caso em relação ao meu sentimento perante o doente e perante a família do doente oncológico, acho que me custa o mesmo do que custou há uns atrás. Não me trouxe assim... não é o ficar insensível porque uma pessoa nunca fica insensível, pode é não reagir tão rapidamente com o choro ou assim, mas há sempre uns minutos depois para isso. Com situações assim uma pessoa fica sempre constrangida... muito. A esperança é influência positiva, não é? Que a gente, a própria família, os profissionais de saúde têm de incutir pelo menos no sentido de, se for o caso da pessoa estar consciente e orientada, de a incentivar a fazer tratamentos [...]. Deve-se incentivar a pessoa a fazer aquilo que é possível para tentar melhorar ou então... a família também e dar-lhe esperança que a situação pode melhorar, para ver se encaram melhor todo o internamento, exames e tudo mais [...]. Às vezes um pouco de atenção e conversa consegue-se incutir a esperança, muitas vezes não temos é tempo para o fazer.</p>   |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p><b>E4</b></p> | <p>Gere uma atitude mais segura. Nós estamos sempre em mudança, não é e eu como uma pessoa que sou, estou sujeita também às minhas emoções, aos meus sentimentos e eu não posso dizer que se me surgir uma outra situação igual a esta reajo da mesma forma. As situações nunca são as mesmas, acho que nós temos que nos adaptar as todas as situações porque elas são todas diferentes. Agora que o meu percurso de vida profissional me ajuda a enfrentar determinadas situações, ajuda. Ajuda e cada vez mais e eu acho que o facto de eu estar a estudar novamente, acho que nos relembramos de conceitos, que se calhar ficaram perdidos ao longo da actividade profissional, que nos tornamos muito mecanicistas, porquê? Porque o modelo assim o exige, não é? Exigem muito de nós mas não nos dão condições para isso e é complicado, nós darmos atenção ou termos ou reflectirmos sobre aquilo que vamos fazer ou sobre aquilo que vamos dizer numa determinada situação que é complicada quando temos várias ao mesmo tempo. É muito difícil gerir essas situações. A esperança neste caso é que realmente as pessoas que estão no poder, na administração, no poder em geral consigam valorizar, consigam ver de outra forma a nossa actuação, que eu acho que hoje em dia se está muito virado para os números. A quantidade é que interessa, exigem qualidade e dá-nos a entender que para eles, qualidade são números e números não são qualidade. E isso é muito complicado mas a esperança, a minha esperança reside em que, se nós nos uníssemos e nós não somos uma classe unida ainda! Se nós nos uníssemos e trabalhássemos para tal com indicadores que mostrassem realmente o nosso trabalho, mas também não é fácil porque o nosso tempo é muito... não é inesgotável e isso precisa de muito tempo e precisa de experiência e precisa de disponibilidade e de vontade e nem sempre isso existe. Um pode ter mas um sozinho não consegue levar rumo, carregar um camião às costas, não é? Muitos se calhar até conseguíamos, mas um sozinho não consegue. Mas se calhar se trabalhássemos nesse sentido, produzindo indicadores que mostrassem realmente que quantidade nem sempre é qualidade, se calhar isto mudava. A esperança... Eu tenho esperança mas é muito complicado mudar a mentalidade das pessoas. É muito complicado tentar produzir uma mudança, quando qualquer uma provoca resistência e controlar essa resistência é muito difícil.</p> |
| <p><b>E5</b></p> | <p>[...]Tem conhecimento [...]. Acho que o papel da esperança é sempre bom e sabemos que quantos mais doentes tivermos cá nesta situação também vamos ver que se calhar poderemos fazer melhor por eles. Acho que a esperança vai-nos proporcionar melhores cuidados, melhores condições, as condições de aqui às vezes também não são as melhores a nível físico, a nível de recursos humanos também... se calhar a nível de formação, se calhar também é necessário investir um bocadinho mais nessa área porque às vezes a própria sensibilidade não chega e muitas vezes que as pessoas que trabalham nos hospitais, agora também há muita gente nova, mas o facto de trabalhar muito tempo nesta área também poderá provocar uma não sensibilização para isto. [...]</p>  |
| <p><b>E6</b></p> | <p>É assim, eu comporto-me sempre da mesma forma, não é? Tento fazer sempre as coisas da mesma forma. Há alguns que são mais fáceis e outros são mais complicados, mas isso, as pessoas são diferentes. De qualquer forma, eu tento lidar sempre da mesma forma, não pensando no que poderá vir a acontecer, não é? Mas ajo sempre da mesma forma. Estes seis, sete anos têm-me trazido conhecimentos para lidar com os doentes, sem dúvida a nível técnico e a nível psicológico, porque agora já enfrento muito melhor estas situações. Acabei por angariar estratégias. No início, acabava quase sempre por chorar quando morria um doente e acho que demorou para aí três meses a acontecer isso quando vim cá e agora é quase completamente normal. Já me chegaram a morrer dois doentes num turno e o que eu queria era tratar da papelada... Uma pessoa vai-se abstraindo do que aconteceu realmente, não é? Infelizmente. No início da carreira, era muito mais frágil agora não. Para nós um óbito é uma coisa completamente normal, é como se fosse... faz parte do nosso dia-a-dia e reagimos assim. O que é a morte para a maioria das pessoas, para nós já não é. A esperança... Sim, acho que sim, independentemente da situação em que doente está, o que interessa é melhorar o doente, mesmo que nós saibamos que não vai melhorar muito, é melhorar a qualidade de vida dele, por isso... nem que seja praticar-lhe o coma e imobilizá-lo, não é? Acaba por ser o melhor para ele, independentemente de como ele vai ficar no futuro.</p>  |
| <p><b>E7</b></p> | <p>A experiência é muito importante aqui, é em todo lado com certeza e é mais em termos de relacionamento do que propriamente em termos das técnicas. Quando um doente vem aqui pela primeira vez fazer uma sessão de quimioterapia, eu tenho o doente e o familiar à minha frente e só esta postura de eu estar deste lado da secretária, faz toda a diferença, porque isso é de livro, porque esta postura de quem cuida, de ter roupa diferente, faz toda a diferença, eles já estão numa posição de inferioridade em relação a mim. Isto é a primeira coisa a quebrar. O doente está desse lado e ele é que me tem que dizer o que espera de mim, o que ele quiser é o que eu faço, isto num simples gesto de lhe perguntar onde quer que lhe ponha o cateter. Se à direita ou à esquerda e eles, por norma, respondem a enfermeira é que sabe. Não, eles têm de perceber que quem vai decidir parte do tratamento é mesmo o doente. O doente tem um papel principal, porque até em termos de aderência à terapêutica, se eles não estiverem envolvidos, se eles não sentirem que eles, é que estão de alguma forma responsabilizados por aquilo que eu lhes vou fazer, eles têm obrigação entre aspas de dizer que alguma coisa não está bem. Eu como enfermeira tenho obrigação de lhes explicar tudo. Oh enfermeira, eu não quero saber isso, eu quero é fazer o tratamento. Eles têm mesmo obrigação de saber tudo o que vou fazer e tem a obrigação de perguntar tudo que for dúvida. Eu acho que esta postura em relação aos doentes também determina depois tudo o resto, principalmente na primeira entrevista faz toda a diferença. Eles acham que tem sempre a última palavra a dizer, o Sr. doutor receita o que acha, a Sra. enfermeira faz o que Sr. Doutor mandou e só tenho de ser submisso e não é por aí.</p>   |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <p><b>E8</b></p>  | <p>Coisas boas e coisas menos boas. Coisas boas porque ao fim de algum tempo, a gente começa a pensar que, por mais que tentemos negociar seja com quem for, para quem está do outro lado nunca é igual. E a nossa maneira de estar com os doentes de hoje para amanhã muda. Pronto, e ao fim de alguns anos, a gente ganha consciência disso. Posso dizer que se calhar já passei alguns anos para trás em que dizia: você não faz porque não quer porque não sei quem já estava assim ou estava pior e fazia. Hoje, normalmente, acho que não digo isso, embora o possa às vezes dizer também, mas quando me sento a pensar, começo a analisar as coisas de forma completamente diferente e cada vez, começo a pensar mais que cada caso é um caso e é assim, a forma como lidei ontem, pode não ser a forma com que lidei hoje. E penso que basicamente é essa experiência que tiro disto. As coisas são completamente diferentes... Pronto é assim, a experiência que eu tenho serve-me para ter algumas consciências, não me serve para utilizar aquilo acolá da mesma forma. Não há uma forma padrão de utilizar. É aquilo que eu já lhe disse... a esperança é a última a morrer... A esperança tem um papel activo, porque quer queiramos quer não, mesmo aquele doente que diz... [...] Pronto, por mais que queiramos, a esperança tem um peso enorme na forma de estar das pessoas, dos doentes, seja de quem for.</p>   |
| <p><b>E9</b></p>  | <p>Cada dia é um cenário de experiências. Cada dia, vamos aprendendo a lidar melhor com as situações e há outros dias, que parece que também desaprendemos, não é? Era de esperar que conhecendo as pessoas, sabendo como elas reagem ou melhor sabendo de quem esperar e como elas reagem, devemos aprender, não é? Saber que devemos ter mais cuidado com aquilo que dizemos, as pessoas são todas diferentes. Pronto, lá está, vamos aprendendo e aperfeiçoando com as experiências. Por norma, quando há internamentos prolongados, tenta-se manter sempre os mesmos doentes, embora seja complicado por causa do horário rotativo, mas tenta-se, se houver essa possibilidade mantêm-se os mesmos doentes. Nos novos casos clínicos, o papel da esperança é o mesmo que nos velhos <b>[sorrisos, pausa]</b>, nós não temos tratamento diferente. Eu acho que... pessoalmente eu não tenho. Não diferencio, mas também depende do feedback de cada um.</p>  |
| <p><b>E10</b></p> | <p>Essencialmente não olhar para a doença, mas olhar para aquilo que eu já conheço da evolução deste tipo de doença e integrar melhor cada caso clínico no conjunto que é do meu conhecimento. O papel da esperança, há quem fale nisso e eu também penso nisso que nós temos um série de hormonas, algumas são libertadas reflexamente face a estímulos visuais, auditivos. As endorfinas, por exemplo, são hormonas do encéfalo que permitem a algumas pessoas lidarem melhor com a dor por meios psicológicos. Existem e é possível por meio da acção psicológica sobre um indivíduo modificar a reactividade. Um indivíduo não é só uma coisa que viva dentro da pele, sofre influência do exterior e é, essa influência do exterior pode condicionar alguma reactividade dele, não é? Nesse sentido, gerir a relação desse indivíduo com o exterior de maneira a que o exterior já não lhe seja mais agressivo do que a própria doença já é e, nós assistimos a que o exterior ajuda mais a destruir o indivíduo quando ele já está mal, do que a suportar. É frequente, as pessoas neste momento pensam que os hospitais não têm vaga, não é? Os hospitais não têm vagas, não há vagas nas unidades de cuidados continuados. Muitas vezes, os doentes não têm vaga é em casa, aí é onde não têm vaga, é o maior problema. Isso é o que eu acho que é o maior problema, é quando falta à volta das pessoas aquilo que suporta o seu viver ancestral em sociedade, aquilo que lhe dá dignidade, que lhe dá importância e que lhe dá preocupação com a sua doença. De qualquer maneira, tudo que vá contra esse tal reconhecimento no indivíduo não ajuda a doença. Não ajuda a doença porque há processos endógenos que estão dependentes dessa acção. Se um indivíduo tiver um grande espírito de luta e esse espírito de luta for suportado, isso vai fornecer alguma melhoria em relação ao evoluir da doença. Creio eu nisso.</p> |

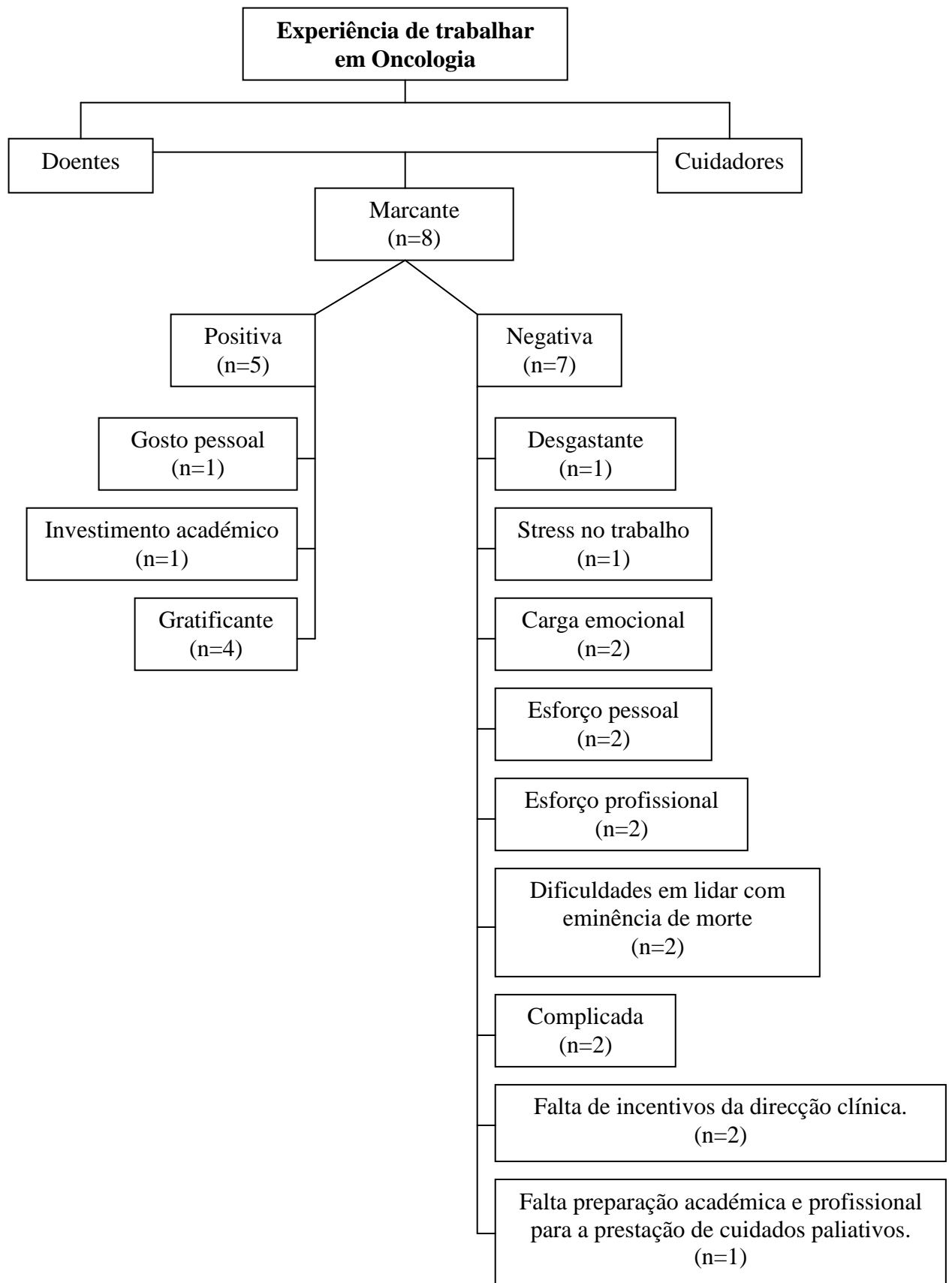
| Entrevistas | Questão 9: Acha importante manter sempre a esperança no exercício da sua profissão? Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?  |
|-------------|---|
| E1          | <p>Acho que sim. Eu acho que toda a gente tem esperança, mesmo aquelas pessoas que dizem... isto já a minha opinião pessoal, mas eu acho que... eu acho que as pessoas à partida se não tivessem esperança desistiam e eu acho que nunca vi ninguém desistir. Pode desistir naquele primeiro instante porque entra em fase de revolta, de negação, mas se calhar, ultrapassada essa fase ele até começa a tentar lutar. E eu acho que as pessoas se não tiverem esperanças, eles não lutam. Eu acho que todos eles têm esperança. Se calhar tento procurar saber que tipo de coisas é que a pessoa acredita, em que é que acredita. Com essa senhora, percebi que se calhar falar com Deus, falar directamente com ele não, mas, se calhar, tentar colocar Deus na conversa, se calhar até podia... Por acaso, na altura que falei de Deus a essa senhora [sorrisos], estava uma senhora ao lado que dizia, mas a enfermeira acredita em Deus [sorrisos] e eu dizia-lhe a ela, não sou eu que tenho de acreditar, não sou eu que estou na situação, não sou eu que tenho de acreditar. Uma coisa que eu lhes digo sempre é que, não sei se isso é bom ou não, acho que... eu sinto que tenho ajudado, é que eu não sei o que estão a passar. Eu não sei, eu nunca passei pela mesma situação, que às vezes há pessoas... ah! Eu sei, eu compreendo, eu sei o que você está a passar. Eu nunca passei pela aquela situação, eu não sei o que é que a pessoa está a passar, eu não sei o que é que passa na cabeça deles. Eles muitas das vezes não nos dizem e eu não sei o que é que é estar naquela situação. Eu acho que o ser sincera, a dizer isto, lhes dá confiança para dizer aquela pessoa... porque muitas das vezes, vêm e chegam lá... ah! Porque vai tudo correr bem, vai correr tudo bem... Como está? Ah! Vai correr tudo bem. E as pessoas ouvem todos os dias: ah! Vai correr tudo bem, vai correr tudo bem e as pessoas devem pensar, mas não está a correr tudo bem, como é que vai correr tudo bem? Assim, com isto, sente-se muito piores. Essa senhora ficou depressiva, à conta... por causa de vizinhos, amigos e familiares que vinham, uns porque diziam ah! Isso não é nada, isso vai correr tudo bem, não te preocupes. Desvalorizavam completamente a situação dela, outros porque vinham... eh! A minha mãe tinha assim, assado e morreu logo passado não sei quanto tempo. Esta pessoa estava num misto de... eu não sei em que é que hei-de acreditar, não sei o que é que eu hei-de fazer, quem é que tem razão no meio disto tudo [...] As coisas podem não correr bem mas... nunca fui mentirosa para ela e nunca lhe disse, olhe você vai se curar, tenho 100% de certezas, mesmo com o bom prognóstico que tinha naquela altura, eu nunca fui capaz de lhe dizer, tenho certeza absoluta que você vai-se curar. Nunca fui capaz e acho que ninguém é capaz de dizer isto, mas disse-lhe para que ela procurasse que tudo corresse bem, porque é ela que tinha que procurar com que as coisas corressem bem. Não... porque acho que não é ninguém que nos vais ajudar, os médicos ajudam a encontrar os diagnósticos, os métodos, os tratamentos e tudo isso, mas sentirmo-nos bem connosco, não. Na altura até aconselhei visto que ia para o IPO a procurar ajuda de uma psicóloga. Temos aqui colegas com cancro da mama e infelizmente, neste hospital o psicólogo pelos vistos, o papel parece não existir. Acho que desvalorizam-no por completo e acho que tanto nós profissionais, às vezes o quanto eu não digo, porque a ajuda que nós precisávamos aqui de um psicólogo... o que nós não dávamos... acho que qualquer um de nós o que não dava para ter aqui a presença de um psicólogo a apoiar-nos a nós profissionais e então os doentes... Eu às vezes... Eu não tenho muitos conhecimentos e às vezes vejo-me em situações que eu digo, o que é que faço... eu preciso da ajuda de alguém e vem a assistente social e tenta dar-me uma ajuda... e vem o médico e tenta dar-me uma ajuda...e o enfermeiro... nós estamos perante às vezes situações de doentes que é, dá-se um anti-depressivo e resolve-se o problema, quando a gente, quando eu sei que se tivesse ajuda de um psicólogo, se conseguíssemos trabalhar competências naquela pessoa, estratégias para ultrapassar aquele problema, aquela pessoa era muito mais feliz. Eu sinto-me frustrada por não conseguir dar essa ajuda, por exemplo. Se calhar, se lhe conseguisse dar essa ajuda, era-lhe dar um bocadinho de esperança [sorrisos], porque se calhar, era aí, que lhe podia dar um bocadinho de esperança, se eu tivesse aqui um psicólogo a quem eu pudesse recorrer... cada um, no seu lugar, cada um, com a sua formação. Eu acho... Eu acho que este hospital carece... tem um defeito muito grande que é esse... enorme.</p> |
| E2          | <p>Sim, sim, sim. Se não faz muito sentido continuar. Sim. Nos cuidadores familiares também. Nos cuidadores nós [aponta para si próprio] também, só que às vezes é mais difícil incutir isso nos prestadores de cuidados porque acho que é... Pronto, tem outra dimensão, nós se calhar estamos privilegiados ou não, também às vezes não é um privilégio ter mais informação que eles, mas acho que eles têm mais dificuldades porque a esfera emocional deles, se calhar está um bocado perturbada. Acho que é por causa... Acho que é essa área que afecta um bocado a fé deles, a confiança mas acho que eles percebem a mensagem e acabam por utilizá-la.</p>  |
| E3          | <p>Sim... sim. Sim, nos doentes ou família, quando os doentes já não estou capazes disso e quando a família está presente, não é? Porque às vezes nem sempre acontece. Acho muito importante, pelo menos a esperança, desde que a gente saiba que até provavelmente vai no pior rumo, penso que a esperança é sempre a última a morrer... embora as coisas... às vezes sabe-se que realmente não terá um evoluir muito favorável, mas normalmente a esperança é sempre a última a morrer. Por exemplo, acho que a esperança é importante na prática paliativa, normalmente recorre-se à prática paliativa, à prática do conforto quando já não há nada a fazer para mudar o curso da doença, em que se sabe que o fecho é a morte... mesmo nestes casos acho importante a esperança. Acho que sim... Penso que isso deve dar um bocadinho de força para se continuar a viver... a viver nos casos dos doentes e a nós a continuar a dar esperança para que eles consigam ter um bocadinho de sei lá... dar-lhes uma melhor qualidade de vida, não é? Pelo menos a esperança um bocadinho deve de dar.</p>   |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p><b>E4</b></p> | <p>Sempre... sempre porque senão não conseguimos. Sempre... nos doentes, nos familiares e também... nos colegas [sorrisos]. Não pode ser só nos doentes e familiares, mas também nos colegas. Eu já lhe disse que sou uma pessoa otimista, tenho os meus momentos maus mas também tenho os momentos bons mas sou naturalmente uma pessoa otimista. Eu acredito que as coisas mudam sempre para bem. Se calhar vou-me desiludir, não é? Mas até hoje não me tenho desiludido porque por um bocadinho que seja que as coisas melhorem é uma vitória e mesmo para os familiares a mesma coisa, para os doentes também a mesma coisa. Há uns anos atrás era totalmente diferente, mas estamos a caminhar no bom sentido, se calhar em direção... em caminhos um bocadinho tortos, não é? Mas por aquilo que nós já vemos noutras instituições, eu acredito que um dia mais tarde, nesta instituição que se valorize outros aspectos, por exemplo, o aspecto psicológico e já se fala e quando se começa a falar é um passo para a mudança. Se não é a curto prazo ou a médio, será a longo... antes da reforma acho que ainda consigo ver mudanças boas [sorrisos], em que os doentes oncológicos tenham um tratamento adequado. Já se começou... fecharam uma parte da Unidade de Oncologia mas se calhar também não estaria tão bem preparada quanto isso, como outras instituições estão naturalmente vocacionadas somente para isso como IPO e hospitais de grande porte, mas a ver vamos.</p> |
| <p><b>E5</b></p> | <p>Acho que sim... em qualquer uma [risos]. Sim também, tentamos sempre. Depois lá está, é um bocado difícil chegar aqui e dizer como é que fazemos isso porque, como são tão variadas as situações e como temos que nos adequar a cada uma delas que é difícil depois estar aqui a dizer... Tem a ver com a análise que também fazemos do doente e da família, se estão receptivos ou não a nós e a nossa conversa. Tem mesmo a ver com cada um, se não também seria... se calhar um protótipo em que se chegava e punha-se Play e já está [risos]. Por exemplo, às situações em que nós às vezes somos a ponte entre o doente e a família... Há doentes que perdem a esperança e a família não e há outras situações em que é o contrário e nós estamos ali a explorar o pensamento deles relativamente à situação. Lá está... também eu não serei a pessoa adequada para isso, eu tento sempre dar o melhor, mas eu acho que se calhar o psicólogo neste aspecto devido ao curso de base que tem seria a função dele. Acho que sim. Encontra-se melhor preparado para, embora nos estejamos aqui com eles 24 horas e tentamos dar o nosso melhor, eu acho que se calhar falta-nos um bocadinho dessa parte e acho que, se calhar, um psicólogo era o ideal não só para os doentes oncológicos, para a família e mesmo para nós. Mas infelizmente não temos esse meio de resposta e tenho consciência que se calhar nesse aspecto não estamos a proporcionar o melhor.</p>                   |
| <p><b>E6</b></p> | <p>Sempre [sorrisos]. Sim, porque é assim, às vezes eles estão desanimados que temos é que lhes dar força senão... Nem que seja para incentivá-los a comer, porque às vezes nem comer querem e temos de chegar lá, mesmo depois da auxiliar passar. Então, o senhor não comeu? Mas tem de comer por isto, isto e isto... Eles vão-se abaixo facilmente. E com os cuidadores, igual senão... Temos que sempre reforçar a esperança. Por exemplo, quando o doente não quer comer, os cuidadores até são mais benevolentes, acabam logo por aceitar que o doente não quer e temos que ser nós a insistir e temos de mostrar que vale a pena. Isto de incutir e reforçar a esperança às vezes é complicado, porque às vezes acontece que é o doente que tem ou é a família e nós temos que apostar no lado mais fraco. Se for a família, temos que incentivá-los, se for o doente temos também que os estimular para melhorarem. Procurar com que fiquem mais otimistas. [...]</p>   |

|                  |   |
|------------------|---|
| <p><b>E7</b></p> | <p>Não é que eu não acredite na esperança, eu percebo a intenção da esperança. A palavra em si é que não tem muito sentido para mim. Manter esperança no doente em relação à sua vida? Se é neste sentido que se fala em esperança, acho que sim, mas é o pior do tratamento para mim, porque ninguém me orientou para fazer. A gente vai aprendendo com a experiência, quando chega um doente que me diz, todos os doentes são diferentes, mas se me chega um doente que vai fazer o primeiro tratamento, ele próprio vem com muito esperança, porque sabe que tem uma doença e que vai fazer um tratamento e sabe que pode melhorar. Depois tenho esse doente, passado um mês ou dois, que já fez não se sabe quantos tratamentos e não está nada melhor e então é ele mesmo que já está a desanimar. E eu até sei que aquele doente vai morrer, que aqueles tratamentos não estão a fazer nada, mas eu não vou dizer isso, não vou dizer isso e depois temos aqueles doentes que correu tão bem e de repente tem uma recaída tão grande que vai morrer e eu sei disso e ele pergunta-me isso: Já fiz tantos tratamentos, estou cada vez pior, eu vou morrer, não vou? E eu que digo agora? É realmente o constrangimento maior que eu sinto aqui, é porque também nos falta a orientação para nós. Eu não vou dizer ao doente. A estratégia que eu faço, não sei se estou a fazer bem é numa primeira fase o doente traz a esperança e eu acho que tem todas as possibilidades de correr bem, também não é tudo a fundo perdido, porque tem muitos tratamentos a fazer. No meio do tratamento, o doente, já dois ou três, não está melhor e então eu digo: Mas então, fez dois ou três mas ainda tem mais para fazer. E depois o médico chega ao fim daquela faixa, não adiantou nada, muda para outro tipo de tratamento, por exemplo: Então Sr. José, aqueles tratamentos não deram nada, mas vamos agora fazer estes... e esta estratégia é uma forma de... um escape para mim. Depois também dou comigo a responder consoante as necessidades do doente. Eu não sou capaz de dizer a um doente: pois, olhe, já fizemos os tratamentos todos que havia para fazer, agora só vai fazer placebo e não temos mais nada para lhe fazer. Eu não digo e as minhas colegas penso que não, eu nunca ouvi dizer isto a ninguém. Primeiro, não nos compete, depois a evolução da doença, o prognóstico a pessoa vai remetendo para a próxima consulta. Se calhar é melhor perguntar ao Dr. na próxima consulta, o Dr. que explique bem porque... Mas isto é fugir, é fugir... Eu tenho consciência, a gente sabe mas não detenho essa competência, eu deveria ter alguma coisa, deveria saber dizer alguma coisa... Embora não fosse dizer directamente dizer: não há mais nada a fazer, mas também não posso dizer, vamos ter paciência se calhar o Dr. vai acrescentar algum remédio. Não sei o meio-termo e deveria saber. Isto é o que eu não sei fazer, declaradamente. Mas também vou fazendo da melhor maneira, com o doente que tenho à minha frente na altura, porque há alguns que também que não querem saber, há alguns que também acham que estão piores, mas até já tiveram piores e já melhoraram um bocadinho e eu vou andando e dizendo o que me é permitido dizer, em função do que eu também sou capaz de dizer. Porque também não sei fazer bem, com certeza e eu nunca assisti a nenhuma sessão do médico dizer a um doente, acabamos a faixa dos tratamentos que temos disponíveis para fazer, agora não vamos fazer mais nada, vamos só fazer medicação de suporte até que chegue a sua hora... assim de grosso modo, não é? Eu vi, nunca ouvi nem nunca li e nunca assisti a nenhum trabalho assim. Eu tenho consciência, eu fujo das respostas da melhor maneira, mantendo aquela esperança se o doente a apresenta, mas não vou dizer que está pior, que está melhor, que valeu a pena, nem que não valeu. É uma fuga minha e eu sei que faço isto. Apenas acompanho o doente pelo percurso que ele caminha. Porque eu sei das condições do doente, eu sei que o doente já não vai fazer mais tratamento... apenas vai manter terapia de suporte... Esta é a área que eu não sei trabalhar. Não sei, seguramente. Vou andar assim, dando respostas assim. Perfeitamente uma fuga minha. <b>Será que essa atitude que a enfermeira adopta de acompanhar o doente pelo seu percurso, procurar dar reconforto às necessidades do doente, facultar importância à comunicação, o facto de dar um papel activo ao doente será que isto não é esperança?</b> Se calhar... Era o que eu lhe dizia, a esperança é que não tem esse significado todo para mim. Agora que eu tenho consciência que se lhe quisermos chamar esperança, o que faço para o doente porque os doentes deprimem e se eles se vão abaixo então se não têm uma motivação extra, se não têm alguma coisa onde se agarrar, até pode ser um neto que vai nascer daqui a algum tempo e eles agarram-se a isso... Isso é esperança com certeza, não é? Eu se calhar não estou muito habituada é ao termo, mas eu acredito que há qualquer coisa que nos anima, que nos faz prosseguir. <b>Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?</b> Sim... sendo assim, sim... E pensando bem até acho importante porque o doente tem que se manter vivo de alguma forma, nem que seja à custa da tal esperança, de achar que daqui a um, dois meses, vai retomar outro tratamento e pode encontrar a cura nesse tratamento, não é? Chamaremos então a esta minha forma de estar e pensar esperança, vendo as coisas bem será. [...]</p> |
| <p><b>E8</b></p> | <p>Se calhar sou capaz de o fazer de forma inconsciente. Eu sou incapaz de dizer a um doente, veja-la se espera por um dia melhor... Talvez de forma inconsciente lhe vá tentando incutir esse tipo de coisas, agora de forma consciente não. Mas acho que é importante, que é muito bom, porque é assim, enquanto nós tivermos no fundo do poço e tivermos uma cordinha, por muito fundo que o poço seja e nós virmos que a corda pode não aguentar com o nosso peso, mas está lá e conseguimos subir três, quatro, cinco metros, não é? E ela continua lá, a gente tem sempre a esperança de chegar lá cima e enquanto lá está, estamos a dar vida, estamos a dar animo, estamos a dar bem-estar e desde que isso exista é bom que lá esteja. <b>Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?</b> Lá está... Eu acho que procuro incuti-la ou reforça-la como diz de uma forma inconsciente ou indirecta... Acho que é importante.</p>  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| <p><b>E9</b></p>  | <p>Acho que sim... Estes dias tinha um doente que me dizia que eu não estou cá para sofrer e se precisar já tenho ali a minha cama reservada, eu não estou cá para sofrer. E eu dizia: mas você não pode pensar assim, porque nunca sabe o que é que o amanhã lhe reserva. E lá está, lá estamos nós com a esperança, mas há pessoas que simplesmente não querem tentar... e nós também não podemos estar a impor o nosso estilo de vida, a nossa maneira de pensar nas outras pessoas. Há pessoas que não vale a pena insistir. <b>Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?</b> Exactamente, quando as pessoas estão receptivas sim, mas isto tudo depende muito do feedback que nós temos, que nós recebemos da outra pessoa, cada caso é um caso. <b>Mas procura incuti-la ou reforça-la?</b> Ai isso, sempre. Acho que quem trabalha na saúde tem de ter um sentido muito apurado de esperança e optimismo, não é? Puxar sempre para cima, não se pode... desgraças já chegam as que eles trazem de casa e aquelas que há lá fora e vemos todos os dias.</p>  |
| <p><b>E10</b></p> | <p>Sim, desde que seja conquistada, a gente pode vender esperança tipo milagre, não é? Que é aquilo que se vende normalmente aos místicos, que é a viagem a Fátima à espera de... ou a Lourdes ou não sei onde e depois vai acontecer uma coisa qualquer. É possível vender isso e há compradores para esse tipo de esperança. Ou fazer outro tipo de jogo, que é fazer outro tipo coisas. Normalmente, eu acho que a oferta pode ser em termos de anos de vida, pode ser em termos de dias de vida, pode ser em termos de qualidade de vida e pode ser uma oferta de morte com dignidade, porque acho que se pode oferecer a morte a alguém, não é preciso oferecer só a vida, pode-se oferecer a morte. Posso oferecer dignidade na morte e pode ser que a pessoa tenha a esperança no dia de morrer, na hora de morrer tenha dignidade. Porque é possível dar essa esperança, você vai viver o que viver sem dor, vai viver o que viver sem sofrimento, vai viver neste ambiente que você escolheu e que é aquilo que melhor se adequou a sua morte. Acho que a morte é uma maneira individualizada, em que pode fazer algumas opções, não todas, mas pode-se fazer algumas opções. <b>Procura incuti-la ou reforça-la nos seus doentes e cuidadores?</b> Sim, acho que é fundamental. Neste momento, a minha maior preocupação dentro do serviço é não prolongar indevidamente vidas. Não jogar o joga da comunidade de aumentar tremendamente em acções e em angústias um caso de sucesso e respeitar mais o doente do que a vontade da família, porque muitas vezes a vontade da família é um egoísmo e o doente é capaz de tomar decisões, muitas vezes, muito mais adequadas perante si próprio do que a família é capaz.</p> |

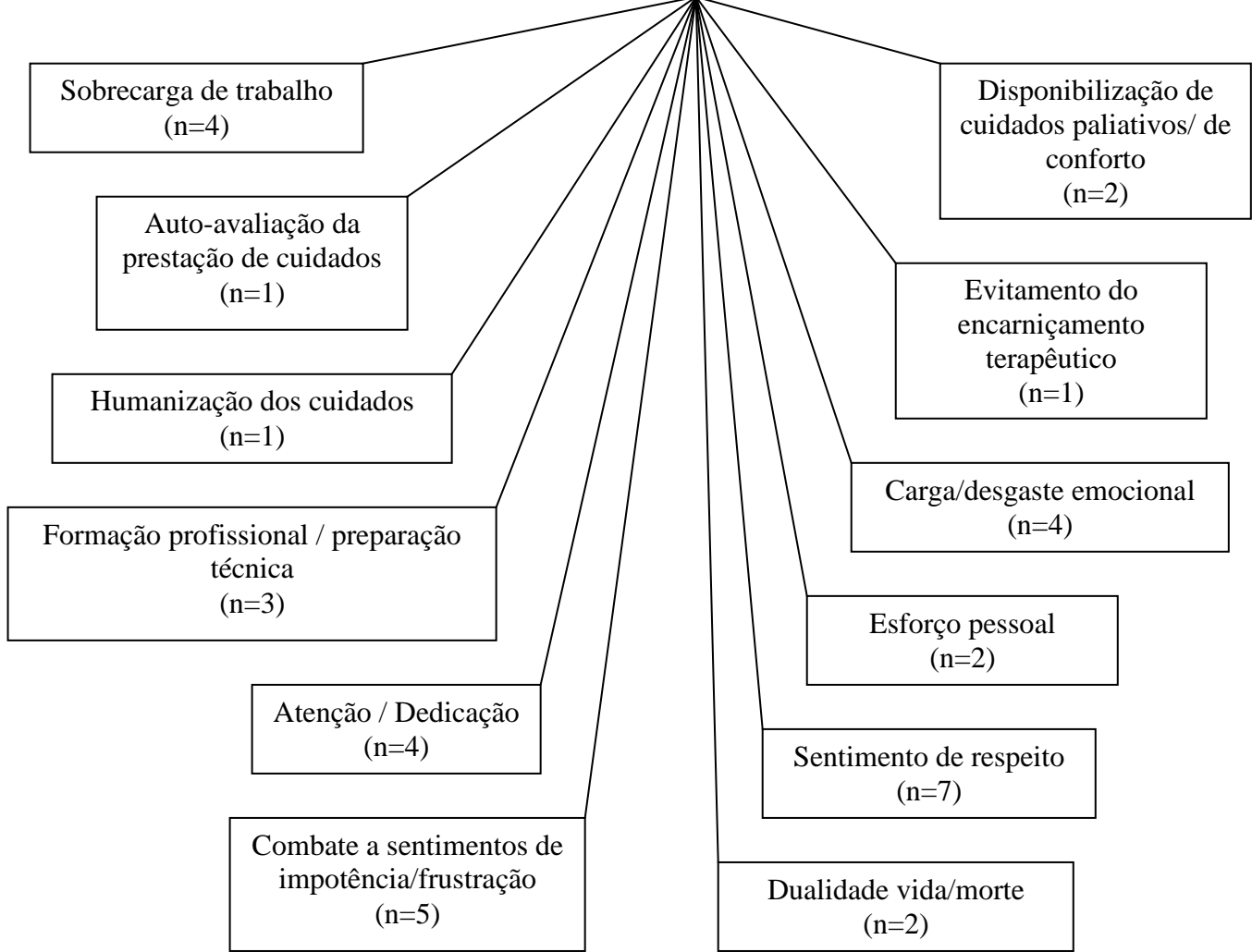


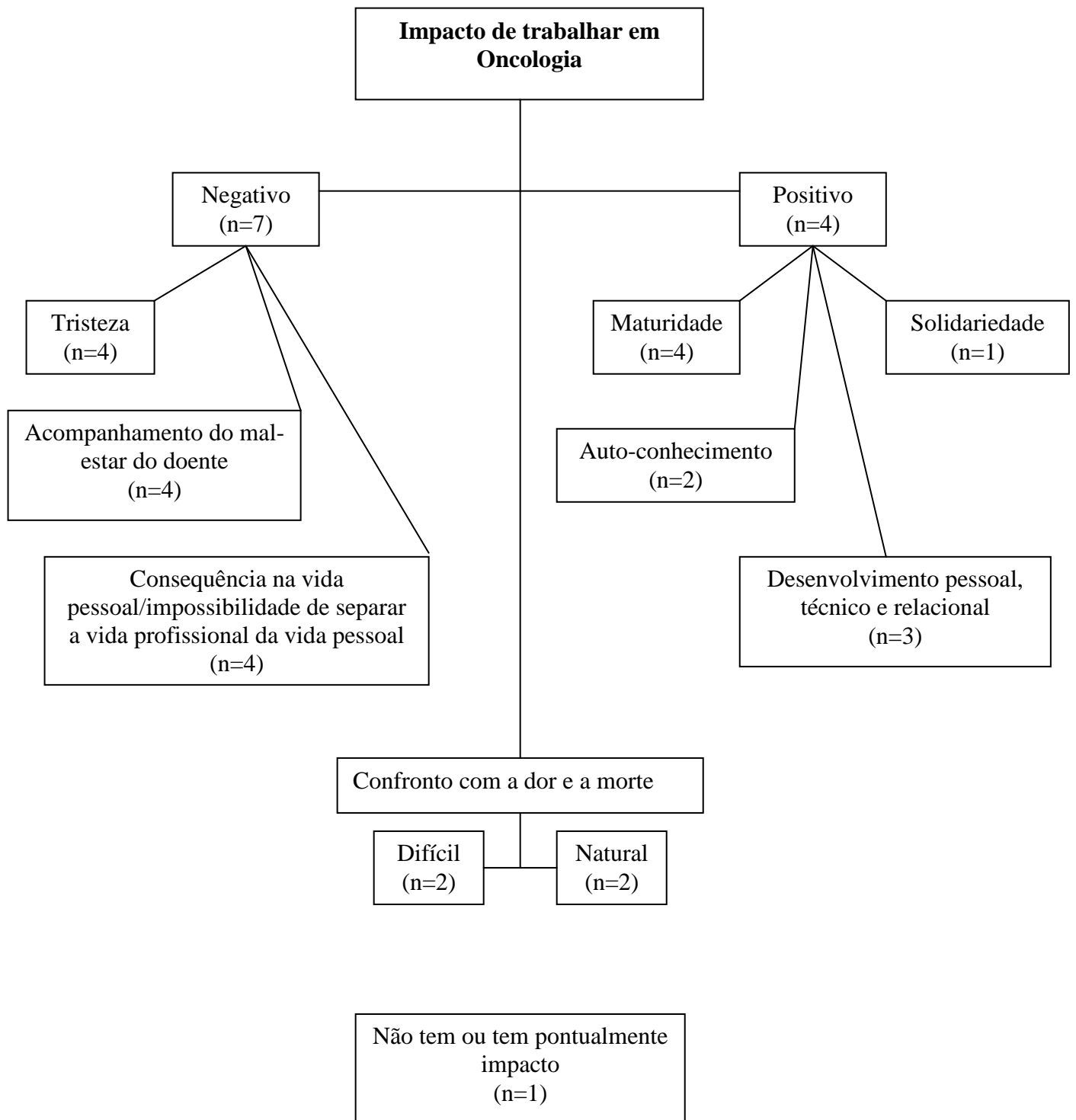


**Exigências da experiência de trabalhar em Oncologia**

Muitas

Bastantes





**Profissão pode ser ameaça para o bem-estar**

**Sim**  
(n=7)

**Não**  
(n=3)

Pela sobrecarga de trabalho  
(n=3)

Se não se impor limites no envolvimento  
(n=1)

Pela rotatividade horários  
(n=1)

Falta de meios (apoio psicológico e psiquiátrico)  
(n=1)

Pelo stress profissional  
(n=2)

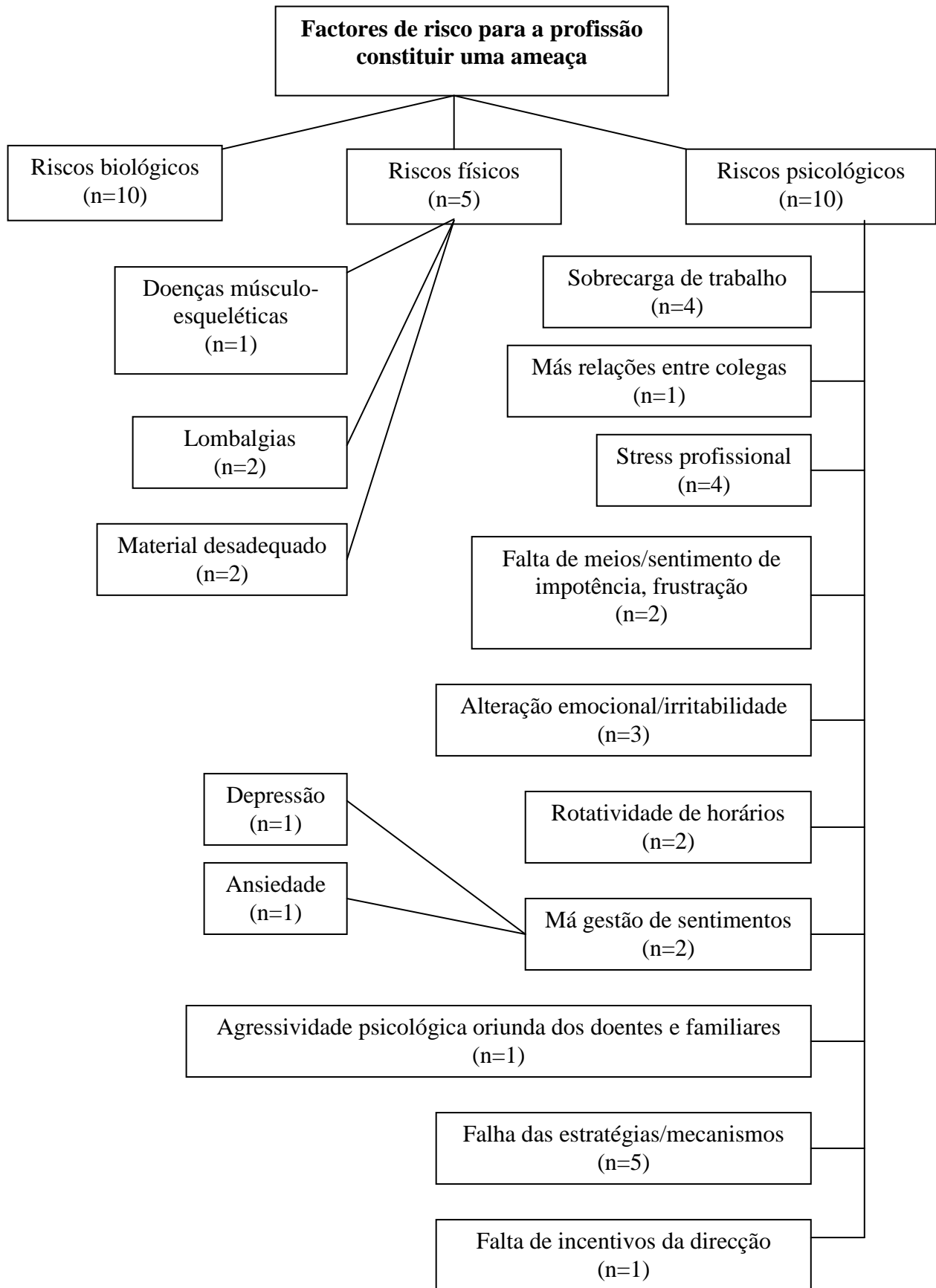
**Exceptuando**  
(n=3)

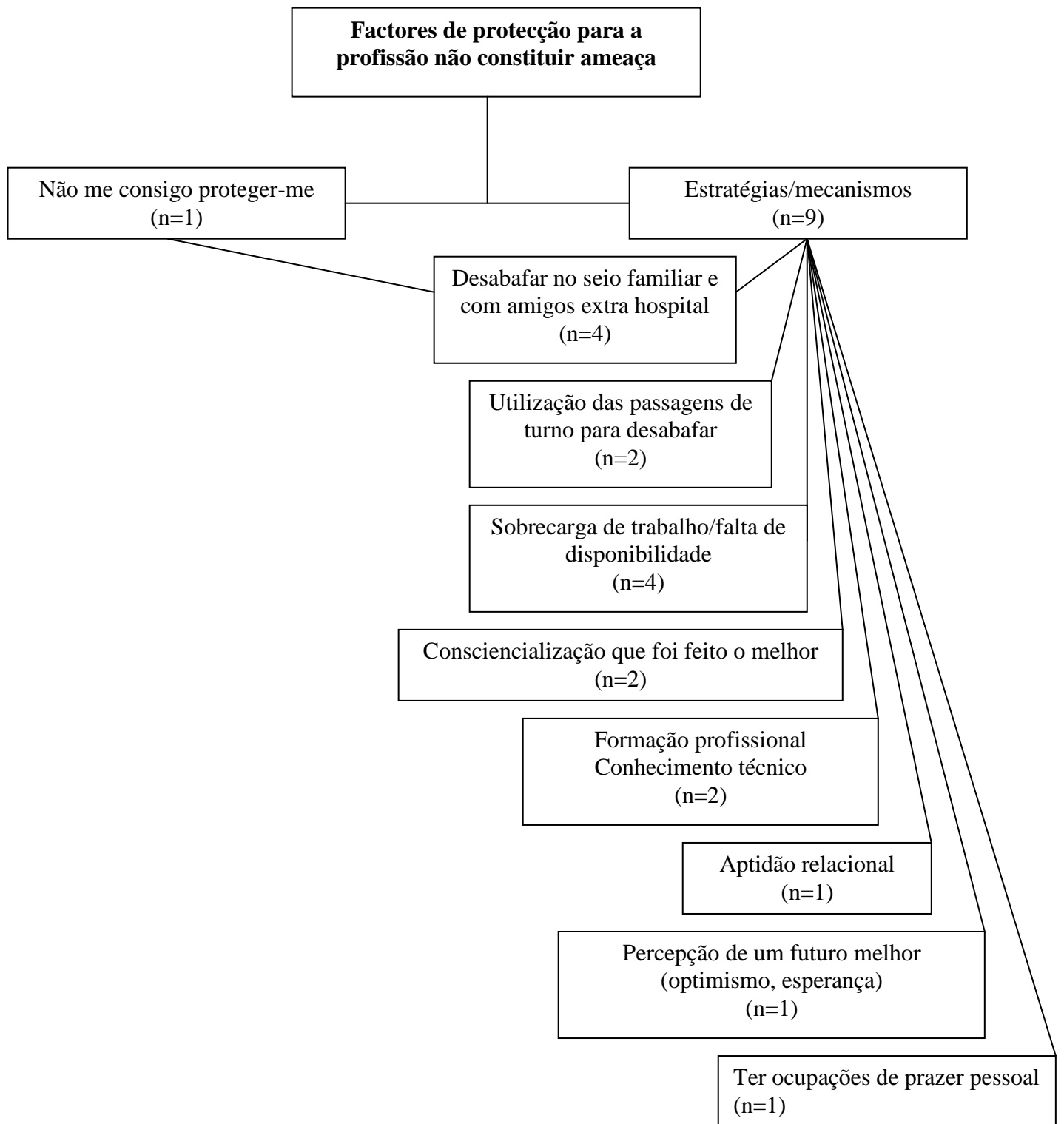
Pelo doente em si  
(n=1)

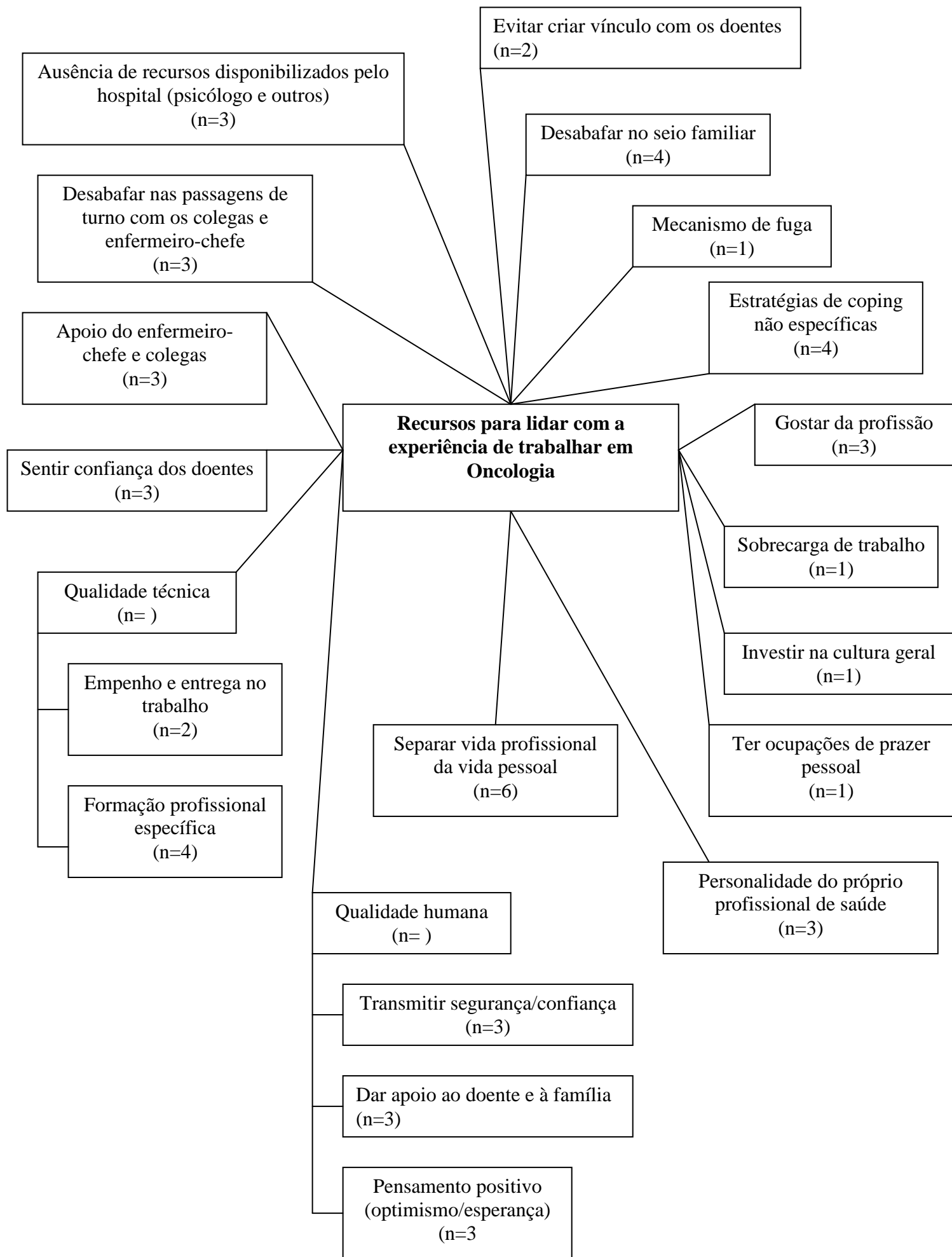
Se soubermos gerir os sentimentos  
(n=1)

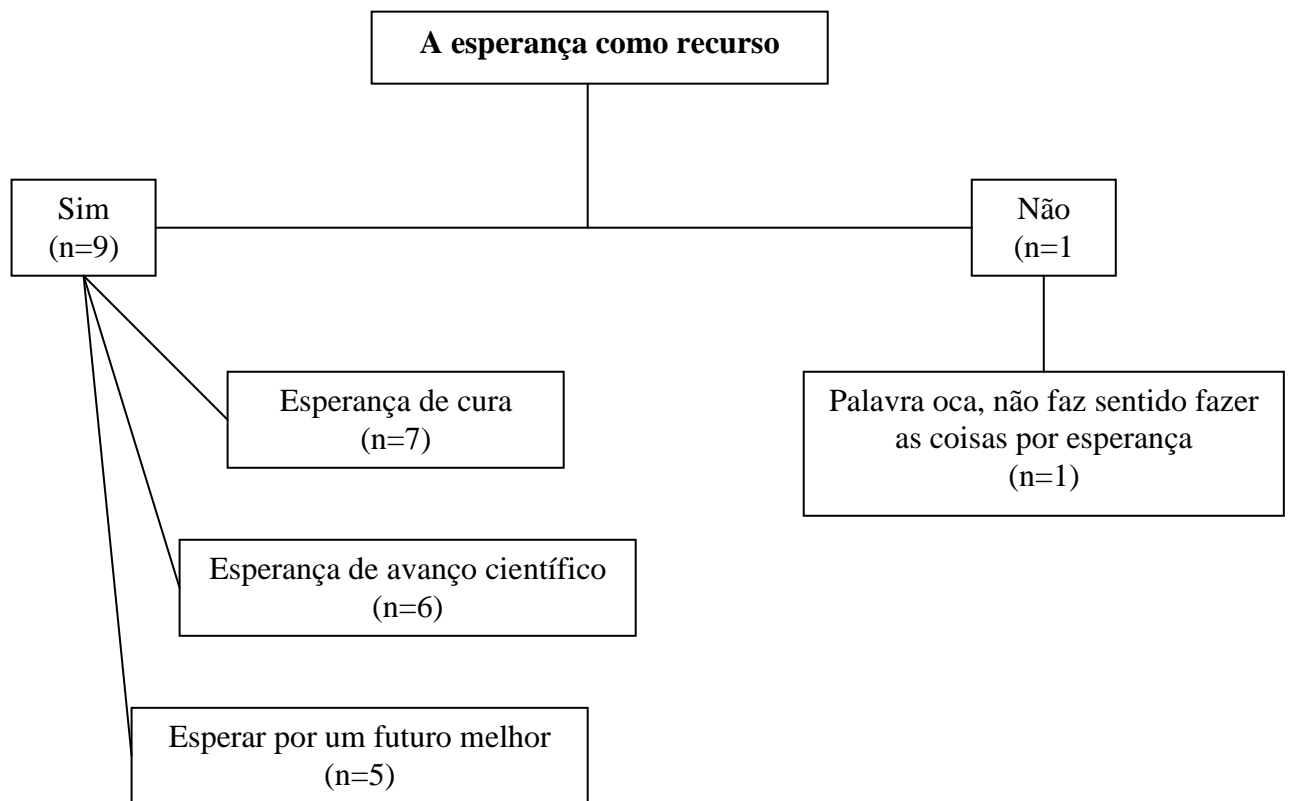
Se tivermos soluções para as patologias dos doentes  
(n=1)

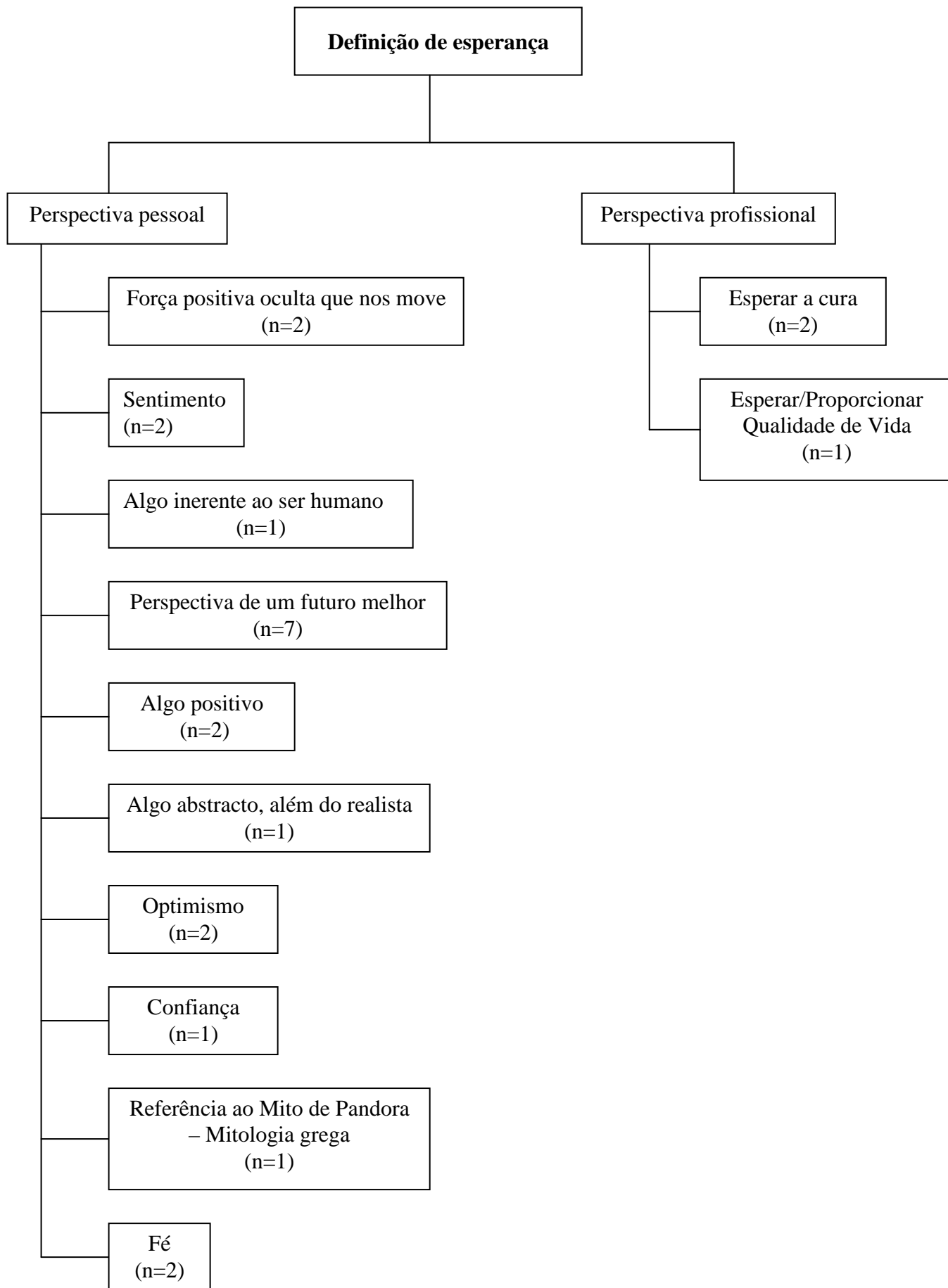
Mas tem-se que desenvolver mecanismos/estratégias  
(n=6)

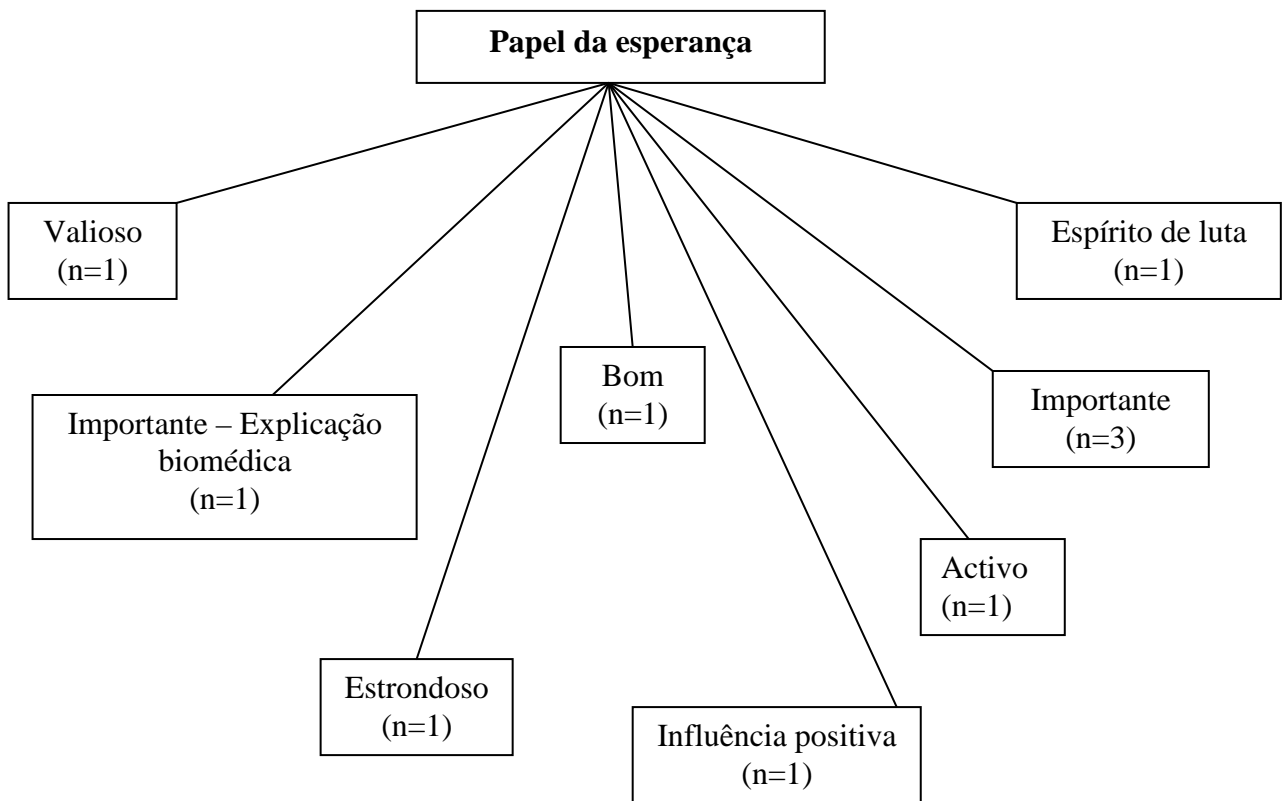
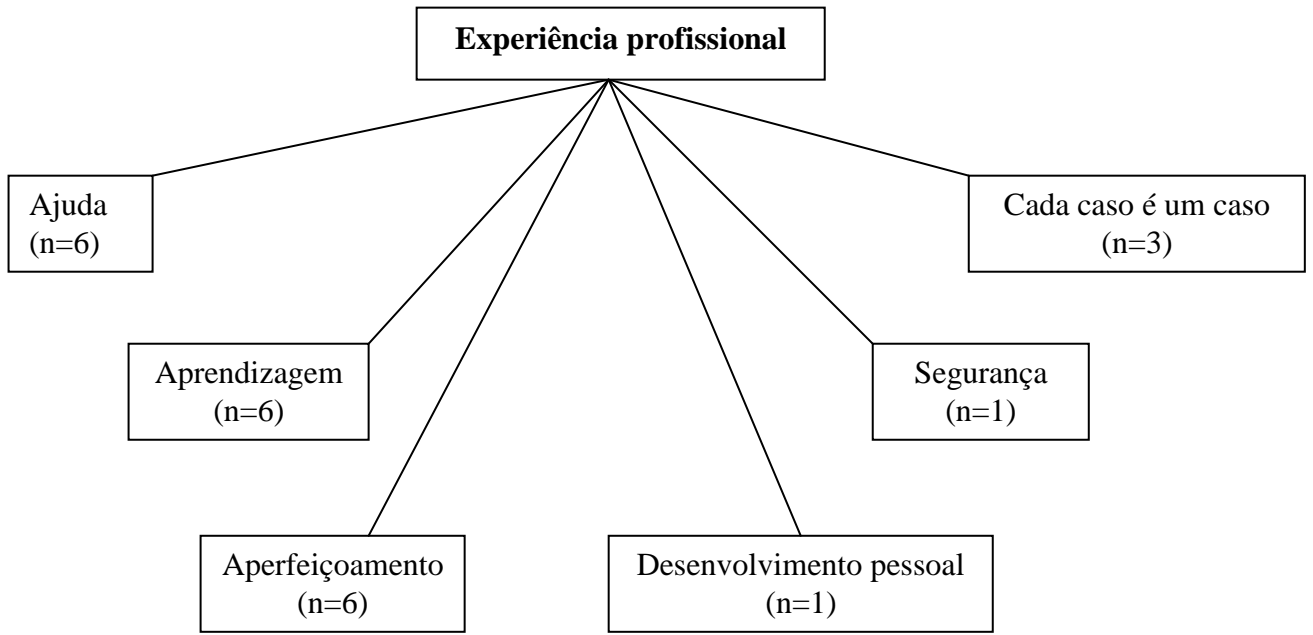












**Importância da esperança no doente e na família**

**Sim  
(n=10)**

Procuo saber em que é que o doente acredita  
(e.g., fé)  
(n=1)

Valorizar a situação clínica do doente e  
demonstrar compreensão  
(n=1)

Necessidade de haver um psicólogo para  
ajudar  
(n=6)

Dá força para lutar e para viver  
(n=5)

Dá qualidade de vida  
(n=4)

Importante também nos colegas  
(n=1)

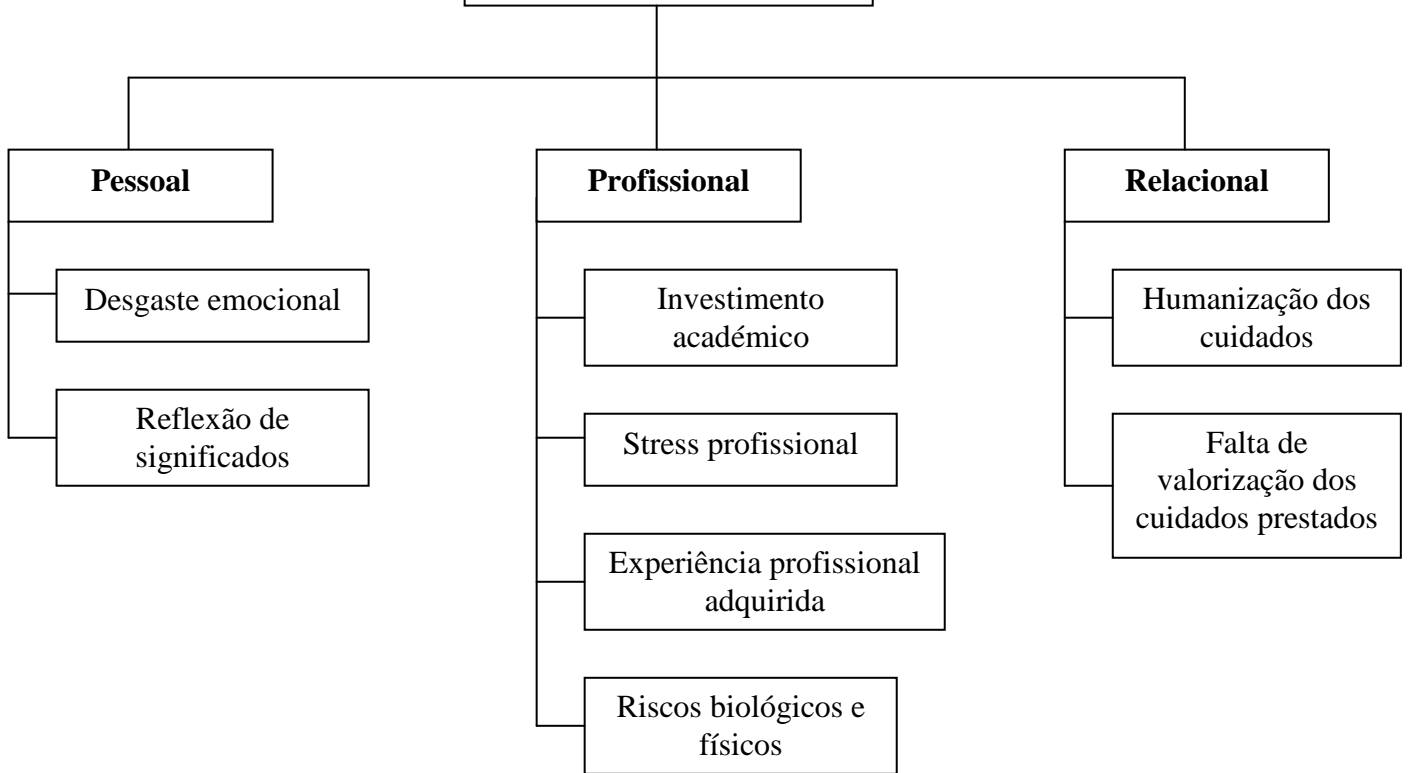
Analisar a receptividade do doente  
(n=2)

Mediador entre a família e o doente, a primeira  
tem esperança e o segundo não ou vive versa  
(n=3)

Dificuldade em incutir ou reforça a esperança  
(falta de formação, competências)  
(n=3)



**Experiência de trabalhar em Oncologia**



**Estratégias/recursos úteis  
para trabalhar em  
Oncologia**

