



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS - CCSH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP**

**TRABALHADORES DE SAÚDE DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA: PRAZER, SOFRIMENTO E  
ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Estefânia Cazarolli**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**TRABALHADORES DE SAÚDE DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA: PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS  
DEFENSIVAS**

**por**

**Estefânia Cazarolli**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Saúde, Linha de Pesquisa:  
Intervenções em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS)  
como requisito para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia**

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado**

**TRABALHADORES DE SAÚDE DO SERVIÇO DE  
ONCOLOGIA: PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS  
DEFENSIVAS**

elaborada por  
**Estefânia Cazarolli**

Como requisito para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Regina Gemma Santini Costenaro, Dra. (UNIFRA)**  
(Membro Efetivo)

---

**Alberto Manuel Quintana, Dr. (UFSM)**  
(Membro Efetivo)

---

**Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)**  
(Membro Suplente)

Santa Maria, 25 de maio de 2012.

À minha família, **Irineo, Nilva, Benhur, Flávio, Fabiana e Cássio**, pelo carinho, dedicação, compreensão, apoio e por compartilharem as minhas dificuldades e vitórias. Vocês foram essenciais para que eu pudesse superar os obstáculos e finalizar mais esta etapa importante de minha vida pessoal e profissional, permitindo que eu nunca desistisse dos meus sonhos e sendo exemplos de vida para mim.

Agradeço a Deus por ter permitido que vocês fizessem parte da minha existência. São meu porto seguro e minha base para tudo de melhor que tenho na vida. Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

*No decorrer da trajetória percorrida na elaboração desta dissertação recebi ajuda de várias pessoas. Assim sendo, agradeço:*

*À professora Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, minha orientadora. Muito obrigada pela paciência, compreensão e respeito aos meus limites, que não foram poucos, durante esta caminhada. Você é uma pessoa abençoada por Deus e agradeço a Ele por permitir que esta etapa fosse vivenciada ao seu lado, sua dedicação e competência superaram todas as minhas expectativas. Acredito que sem seu apoio não teria conseguido. Você me ensinou muito e hoje, com certeza, sei muito mais sobre valores, persistência, superação, respeito e dedicação ao outro.*

*À minha tia Ana Lúcia, por todas as contribuições e incentivo, pelas palavras motivadoras e grandioso conhecimento que foram fundamentais desde o início dessa trajetória.*

*À professora Dra. Ana Cristina Garcia Dias, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, juntamente com a Profa. Dra. Dorian Mônica Arpini, pelo exemplo de retidão e caráter, no gozo de suas atribuições, desde o processo seletivo até a conclusão desta dissertação. Obrigada pelas suas preciosas ações.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, pela contribuição na construção do conhecimento, pela aceitação das minhas interrogações, por dividirem comigo seus conhecimentos e permitirem que eu levasse para as aulas minha experiência profissional, pela motivação que me proporcionaram e por terem me acolhido nesta Universidade.*

*Às secretárias do Programa, que nos momentos de dúvidas em relação aos processos burocráticos nunca mediram esforços para informações, esclarecimentos e ajuda.*

*Aos colegas desta turma de mestrado, com quem pude dividir minhas dificuldades, minhas experiências e desejos de aprendizado. Em especial à colega Marília, que esteve comigo durante esta jornada e com quem pude compartilhar muitos momentos importantes nesse período. Você foi fundamental para que chegasse até aqui.*

*Já sinto falta de todos. Meu crescimento foi compartilhado com vocês. Obrigada!*

*Ao Hospital de Caridade de Ijuí, por permitir que eu realizasse a pesquisa naquela Instituição e, principalmente, por compreender minha ausência em virtude das viagens para Santa Maria, agradeço imensamente a oportunidade de crescimento.*

*Aos colegas, profissionais da saúde que trabalham no CACON, por compartilharem suas vivências pessoais e profissionais, foi uma experiência muito rica.*

*Sem vocês este trabalho não seria possível. Obrigada por tudo.*

*Aos amigos queridos que estiveram ao meu lado, compreendendo minhas angústias, ausências e dividindo as alegrias por cada etapa vencida desse processo.*

*Obrigada por tudo, vocês são um presente de Deus.*

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

### **TRABALHADORES DE SAÚDE DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA: PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

AUTORA: Estefânia Cazarolli

ORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck

Data e Local de defesa: Santa Maria, 25 de maio de 2012.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que teve como objetivo compreender como os trabalhadores de saúde vivenciam sua prática profissional com pacientes oncológicos, na perspectiva do prazer, sofrimento e estratégias defensivas. Participaram do estudo nove trabalhadores da equipe de saúde de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Para coleta de dados utilizou-se um questionário de dados sociodemográficos e entrevistas semi-estruturadas. Para o tratamento dos dados foi realizada análise de conteúdo. Quanto aos resultados, 90% dos trabalhadores é do sexo feminino; casada; sem filhos; idade média de 35 anos; todos com ensino superior completo; tempo de serviço entre um e cinco anos e 77% escolheu trabalhar no setor. Quanto ao prazer, este se relaciona ao bem estar dos pacientes, à função que exerce; ao reconhecimento do trabalho realizado e relacionado à organização do trabalho. Quanto ao sofrimento, os trabalhadores de saúde apontaram o medo de adoecer (associado ao estigma da doença), de se contaminar ou errar alguma conduta; dificuldade de conviver com crianças, adolescentes e idosos adoecidos; não corresponder à expectativa do paciente em termos de curá-lo, salvá-lo ou promover a melhora do quadro clínico; carga horária massante e número de trabalhadores aquém do necessário; pacientes com diagnósticos tardios e a falta de cuidado dos municípios de origem e as dificuldades econômico-operacionais de alguns pacientes para acesso ao tratamento. Quanto às estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores, destacam-se aquelas elaboradas individual e coletivamente pelos trabalhadores. Entre elas são identificadas como individuais: o afastamento do cotidiano laboral, o não envolvimento afetivo com os pacientes e a valorização do trabalho que desempenham. Com relação às coletivas, destacam-se: a necessidade de encontros grupais e o convívio com amigos e familiares. Desse modo, compreender as vivências dos trabalhadores da área oncológica é importante para possibilitar intervenções na organização do processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Profissionais da saúde; oncologia; trabalho; prazer; sofrimento; estratégias defensivas.



## **ABSTRACT**

Masters Degree Thesis  
Post Graduate Program in Psychology  
Federal University of Santa Maria

### **WORKERS OF HEALTH IN THE ONCOLOGY SERVICE: PLEASURE, SUFFERING AND DEFENSIVE STRATEGIES**

AUTHOR: Estefânia Cazarolli

ADVISOR: Carmem Lúcia Colomé Beck

Date and Place of Defense: Santa Maria, May 25th 2012.

This work is an exploratory and descriptive qualitative research that had as its main goal to understand how workers of health in oncology develop their professional practice with patients according to their perspectives of pleasure, suffering and defensive strategies. Nine workers of a High Complexity Oncology Center health team participate in this study. A questionnaire for social demographic evaluation and semi-structured interviews were applied for data collection. Data was processed using content analysis. Regarding the results, 90% of workers are females, married, around 35 years old, have no children, but hold a college degree and have been working in the field between one and five years. The majority, 77%, of the interviewed workers chose to work in this field. When asked about pleasure, they indicate that it is related to the patients' wellbeing, the importance of their job, recognition and organization. Regarding the suffering, the interviewees pointed out the following: fear of becoming ill (related to the diseases issues), becoming contaminated, to make a mistake in their procedure, difficulty of working with children, teenagers and elder patients, not be able of fulfilling the patients' expectations such as curing, saving or improving their clinical conditions, intensive working hours, work overload, patients with late diagnosis, no previous or continuous care in the patients' cities, as well as economic and operational difficulties to have access to proper treatment in some cases. Among the defensive strategies used by the workers are individual actions and team work. For instance, individual preventive strategies are: time away from the work environment, not become involved affectively with the patients and to have recognition for their work. Team work strategies include: group meetings as well as support from friends and family. In this sense, to understand the health workers experiences, mainly in oncology, is important to make positive interventions while organizing the process and their work.

**Key words:** Professionals of Health; oncology; work; pleasure; suffering; defensive strategies.

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A - Dados Sóciodemográficos dos Trabalhadores da Equipe de Oncologia.....	72
APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada .....	73
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	74
APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade.....	76

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>15</b>
1.2.1 Objetivo Geral .....	15
1.2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Câncer: aspectos fisiopatológicos da doença</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Sofrimento psíquico e saúde do trabalhador: psicodinâmica do trabalho</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Equipe multiprofissional e estratégias defensivas</b> .....	<b>28</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1 Inário da pesquisa</b> .....	<b>34</b>
<b>3.2 Participantes do estudo</b> .....	<b>35</b>
<b>3.3 Coleta de dados</b> .....	<b>36</b>
<b>3.4 Organização e análise dos dados</b> .....	<b>38</b>
<b>3.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>39</b>
<b>3.6 Riscos e benefícios da pesquisa</b> .....	<b>39</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>4.1 Dados sóciodemográficos dos trabalhadores</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2 Sofrimento do trabalhador de saúde que atua em oncologia</b> .....	<b>42</b>
<b>4.3 Prazer do trabalhador de saúde que atua em oncologia</b> .....	<b>53</b>
<b>4.4. Estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores de saúde que atuam em oncologia</b> .....	<b>58</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Em todas as regiões do mundo, mesmo nas que apresentam mais ostensivamente outros problemas de saúde, o câncer revela seus efeitos deletérios.

O câncer é uma doença estigmatizada e que, na maioria dos casos, desencadeia sofrimento no paciente, em sua família, bem como na equipe de saúde que participa deste processo. No entanto, além de fragilizar a todos os envolvidos nesta situação, a assistência de saúde a pacientes com esta doença e seus familiares, situa os trabalhadores desta área em um campo de atuação delicado e desafiador. Desta forma, considerando-se a sobrecarga a que estes trabalhadores de saúde estão submetidos neste contexto, é possível a ocorrência de adoecimento dos mesmos. Sendo assim, é provável que as consequências resultantes das experiências vivenciadas por esses trabalhadores reflitam na qualidade do suporte dado aos pacientes e seus familiares, bem como na qualidade de vida e bem-estar de todos os envolvidos neste processo.

O exercício profissional no âmbito hospitalar expõe os trabalhadores a situações de dor, angústia, sofrimentos, diagnósticos e prognósticos delicados, mortes e perdas, além de ambientes desfavoráveis de trabalho, compreendendo-se que tais fatores podem levar o trabalhador a um desgaste emocional.

Acredita-se, contudo, que no caso do trabalho desenvolvido na área de oncologia, estas situações podem ser intensificadas, considerando as particularidades das patologias e das medidas terapêuticas inerentes a esta área. Deste modo, compreender a dinâmica de trabalho dos trabalhadores de saúde que cuidam de pacientes com câncer, juntamente com o modo como sustentam esta prática, poderá ser relevante para a contextualização desse processo.

A sociedade contemporânea apresenta constantemente mudanças sociais, políticas e econômicas, o que provoca também alterações na rotina e nos papéis desempenhados pelos trabalhadores. Assim, este sujeito tem a tendência de produzir mais para atender a demanda social e as suas necessidades tendo, ao mesmo tempo, que ter cuidado para que o trabalho não se torne penoso ao ponto de causar o seu adoecimento. Logo, a forma como o trabalho é organizado exerce influência no desempenho e no funcionamento psíquico do trabalhador, sendo que a mesma pode ser negativa ou positiva (MENDES, 2007).

Dejours (1992) afirma que para analisar as condições de trabalho, deve-se prestar atenção ao ambiente físico, químico, biológico, às condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho a que este trabalhador está sujeito diariamente. Além disso, Dejours (1992) refere que o trabalho não é somente a execução de atividades produtivas, mas também espaço de convivência. É onde se busca dar sentido ao conjunto das relações existentes entre o que está relacionado ao trabalho e o reflexo destas vivências para a saúde e subjetividade do sujeito.

Para que o trabalhador possa equilibrar os seus desejos ou necessidades pessoais dentro de uma organização, é necessário que ele busque compreender a realidade organizacional que o circunda. E também que a organização do trabalho possibilite ao trabalhador, espaços para aquisição de novas responsabilidades ou de atividades que proporcionem e agreguem algum significado ao seu contexto pessoal e profissional. Esses fatores são requisitos imprescindíveis para a manutenção da saúde mental do trabalhador, que busca a diminuição do sofrimento psíquico pelo mecanismo da sublimação (DEJOURS, 1999). Assim, o trabalhador busca vias de escape que possibilitem lidar com as situações difíceis e complexas encontradas no trabalho, o que este autor denomina de estratégias defensivas.

Partindo desta perspectiva, considerando as condições de trabalho e o constante risco que o trabalhador está submetido por exercer atividades que podem afetar sua integridade física, mental e social, é possível que este trabalhador utilize algumas estratégias para vivenciar esta realidade. Estas estratégias de defesa psíquica podem ocasionar um desgaste que poderá se evidenciar por meio da disfunção no sono, no humor, além de lesões musculares, dores crônicas, manifestações de ansiedade, dentre outras (BARROS; MENDES, 2003).

Deste modo, estudar o sofrimento psíquico e reconhecê-lo pode representar o rompimento com a visão nosológica baseada nos fundamentos da psiquiatria clássica. Assim, o sofrimento passa a ser compreendido no espaço da relação do sujeito de si para consigo e com o outro, isto é, de sua singularidade face às exigências de seu próprio modo de constituição subjetiva, da organização do trabalho e da sociedade. Paralelo a isso, busca-se entender a forma como os trabalhadores se organizam para amenizar e enfrentar o sofrimento, ou seja, compreender o que os trabalhadores fazem para se manter no exercício de suas funções laborais, apesar de todas as adversidades.

## 1.1 Justificativa

Ao iniciar minha atividade como psicóloga no ano de 2006 em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), me deparei com um cenário composto por diversos trabalhadores da saúde direcionados a uma dinâmica de trabalho que pudesse dar conta das especificidades da oncologia, área complexa de tratamentos e condutas.

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), por meio da Portaria nº 3535/98, de 02/09/1998 (BRASIL, 1998) são considerados CACONs os centros que oferecem assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

Ao me inserir no grupo de trabalhadores na função de psicóloga, busquei entender o funcionamento do serviço e me apropriar das rotinas do setor. Assim, passei a compreender o fluxo do CACON e perceber que a demanda era muito maior do que o suporte que os trabalhadores podiam oferecer no seu cotidiano laboral.

Isso decorre, dentre outros fatores, da necessidade de atendimento aos pacientes e seus familiares que estão vivenciando um período de intenso sofrimento, seja pelas intercorrências que o tratamento provoca ou pela pelo medo da morte que todos vivenciam em algum momento. Foi, no entanto, a partir das reuniões da equipe realizadas quinzenalmente, nas quais se discutem alguns casos e se falava sobre o trabalho realizado e especificidades de cada área, que identifiquei que havia angústia nos relatos, principalmente, no que se refere ao excesso de trabalho, à impotência diante do sofrimento e da terminalidade e às particularidades requeridas pelo trabalho em oncologia.

Seguindo esta perspectiva, compreendo que refletir sobre questões que norteiam o trabalho na área da saúde com pacientes oncológicos é instigante, na medida em que devem ser consideradas as especificidades do adoecimento e das condutas terapêuticas adotadas com estes trabalhadores e seus familiares.

Ao ingressar no Curso de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação da UFSM na linha de pesquisa Intervenções em Problemáticas de Saúde, compreendi a necessidade de estudar a complexidade da clínica oncológica partindo da experiência profissional que adquiri neste tempo de trabalho no CACON, se intensificando o desejo de estudar e pesquisar acerca desta temática.

Deste modo, foi possível associar o conhecimento acadêmico à experiência de trabalho junto à equipe de saúde que cuida de pacientes com câncer. Ou seja, possibilitar que a pesquisa trouxesse contribuições, no sentido de compreender como esses trabalhadores vivenciam sua prática profissional na área oncológica e oferecendo resultados de pesquisa para refletirem sobre o processo.

Para estudar estas questões relacionadas à saúde psíquica do trabalhador na sua relação com o trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho foi utilizada como base teórica para a compreensão da inter-relação entre o sofrimento psíquico, oriundo dos conflitos entre o sujeito e a realidade de trabalho e as estratégias de mediação empregadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento e transformar o trabalho em fonte de prazer (FERREIRA; MENDES, 2001).

Os pressupostos que fundamentam esta teoria referem-se ao sujeito como detentor de uma história de vida e participante ativo no processo de construção da subjetividade no trabalho, o que implica em uma relação na qual o sujeito, ao mesmo tempo, transforma e é transformado pelo trabalho (FERREIRA; MENDES, 2001).

Assim, estimulada por esta temática, busquei investigar aspectos relacionados ao trabalho no setor de oncologia, identificando os fatores que proporcionam prazer e os que desencadeiam sofrimento nos trabalhadores de saúde. Além disso, busquei identificar quais as estratégias defensivas que estes trabalhadores utilizam para se manter no trabalho. Assim, elenco algumas questões norteadoras como: o que motiva os trabalhadores a atuarem neste setor? Quais fatores lhes proporcionam prazer? E sofrimento no trabalho? Como eles enfrentam as dificuldades vivenciadas no trabalho?

Deste modo, o que busco neste estudo é a compreensão da subjetividade destes sujeitos trabalhadores, bem como experiências adquiridas ao atuarem em uma clínica complexa como é a oncológica, considerando que todos possuem histórias de vida singulares.

Este tema apresenta importantes desafios teóricos representados pela sua complexidade, considerando as particularidades da oncologia e as práticas terapêuticas adotadas pelos trabalhadores da saúde.

Por outro lado, é estratégico, no sentido de compreender as necessidades dos trabalhadores que atuam junto à pacientes com doenças oncológicas, na tentativa de encontrar meios para realizarem suas intervenções, sem que isso comprometa sua saúde.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Compreender como os trabalhadores de saúde vivenciam sua prática profissional com pacientes oncológicos, na perspectiva do prazer, sofrimento e das estratégias defensivas diante do trabalho realizado.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- verificar quais são as situações que proporcionam prazer no cotidiano de trabalhadores de saúde em um CACON;
- identificar fatores geradores de sofrimento para estes trabalhadores;
- identificar as estratégias defensivas individuais e coletivas que os trabalhadores utilizam no cotidiano de trabalho em um CACON.

Compreende-se que medidas de promoção à qualidade de trabalho dos trabalhadores de saúde que atuam no setor de oncologia precisam ser valorizadas, visando minimizar as dificuldades enfrentadas por todos, pois o prazer no trabalho pode ser considerado fator interveniente na saúde dos mesmos. Além disso, depreende-se que na medida em que os trabalhadores possuem melhores condições de saúde, estas podem refletir positivamente na qualidade do seu trabalho.

Desse modo, considerando a importância do trabalho na vida das pessoas e a carência de estudos que envolvem a temática de estudo proposta, evidencia-se que esta é uma área de investigação que precisa ser potencializada.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados alguns aspectos fisiopatológicos acerca do câncer; do sofrimento psíquico e sua interferência na saúde do trabalhador, da psicodinâmica do trabalho e as especificidades de equipes de saúde que atuam em oncologia.

### 2.1 Câncer: aspectos fisiopatológicos da doença

O câncer, apesar de todas as tecnologias e tratamentos disponíveis, é compreendido no imaginário social como sinônimo de morte. Contudo, muitos tipos de câncer têm cura frente às novas possibilidades terapêuticas. Para isso, é importante que o paciente e sua família busquem um diagnóstico precoce, bem como um tratamento adequado. Isso aponta para a necessidade de um trabalho que inclua toda a equipe de trabalhadores os quais darão suporte ao tratamento.

Segundo Smeltzer e Bare (2002, p. 252):

o câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células infiltram-se nesses tecidos e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais os transportam até outras regiões do corpo. Esse fenômeno é denominado metástase (disseminação do câncer para outras partes do corpo).

Atualmente, existem mais de 100 tipos diferentes de câncer, sendo que cada tipo tem características que se igualam em relação a sua bioquímica e a morfologia alterada de uma célula normal. “O câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidade especial” (OTTO et al., 2002, p. 3).

Referente aos padrões proliferativos existe dois tipos de crescimento das células, as neoplásicas e não-neoplásicas que são processos fisiológicos normais. Nos padrões de crescimento neoplásico, estão as neoplasias que são estruturas das células adultas que regridem para níveis de funcionamento mais primitivo. Além dela, há as neoplasias que

significam “crescimento novo”, descrevendo-a como uma massa tecidual anormal, “que se expande além dos limites do tecido e não cumpre a função normal das células daquele tecido” (OTTO, 2002, p. 5).

Os crescimentos neoplásicos são divididos em benignos e malignos, sendo classificados e nomeados conforme o tecido de origem, diferindo em muitas características de crescimento celular. Dentre elas, pode-se citar o método e a velocidade de crescimento celular, a capacidade de gerar metástase ou de disseminá-las, provocando efeitos sistêmicos, a destruição de tecido e possibilidade de levar o sujeito à morte (SMELTZER; BARE, 2002).

Os locais mais comuns que as metástases se instalam são os ossos, o pulmão, o fígado e o sistema nervoso central. A preferência por estes lugares pode estar relacionada ao padrão da circulação sanguínea, receptores celulares e genes que direcionam o deslocamento da célula, dentre outros fatores (CLARK; Mc GEE, 1997, p. 269).

A metástase que pode ocorrer em consequência do tumor maligno pode implicar em maior sofrimento para o paciente pois, a partir de então, passa a encarar a doença como sem possibilidades terapêuticas, isto é, incurável. Isso pode acarretar um nível acentuado de angústia, pelo fato de diminuir a esperança depositada durante a fase inicial do processo. (OLIVEIRA, 2005)

A carcinogênese ou transformação maligna é um processo celular que ocorre por vários fatores desencadeantes, sendo que dentre eles incluem-se: os fatores endógenos, caracterizados como geneticamente pré-determinados e associam-se à capacidade do organismo em se defender das agressões externas e, também, dos desequilíbrios hormonais.

As causas exógenas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Ainda pode-se elencar como causas exógenas o tabagismo, hábitos alimentares, alcoolismo, medicamentos, fatores ocupacionais e radiação solar. Destaca-se que o tabagismo e o uso de álcool estão associados a 80% e 90% dos cânceres, respectivamente (BRASIL, 1996).

Entre as causas mais destacadas dessa doença encontram-se o sedentarismo que se associa a 3,2 milhões de mortes anuais, sendo 2,6 milhões em países pobres e em desenvolvimento, além de 670 mil óbitos prematuros (pessoas com menos de 60 anos). Estima-se que atualmente, 31% da população global não pratica nenhum tipo de atividade física, comprovando assim os altos índices de sedentários (BRASIL, 1996).

Independente do tipo de câncer e de suas causas, depois de diagnosticada uma doença, o sujeito passa a lidar com a ausência de saúde, deparando-se com uma desarmonia orgânica e psíquica que poderá mudar sua dinâmica de funcionamento corporal e emocional.

De acordo com a gravidade, a doença pode afastar o paciente do convívio familiar, social, do trabalho, etc. Conforme Fonseca et al (2000), o câncer pode apresentar os mais variados sintomas e muitos desses sintomas são comuns a outros tipos de doenças. Portanto, o aparecimento de um ou mais deles não indica, necessariamente, diagnóstico de câncer. No caso de sinais que se apresentam por tempo prolongado ou com certa frequência, é necessário que o paciente procure orientação médica para que seja feito um diagnóstico preciso. Entre eles destacam-se: palidez (anemia); manchas vermelhas ou escuras na pele ou nas mucosas não ligadas a traumas; febre diária de origem intermediária; perda de peso; sudorese noturna; dor persistente nos ossos ou nas articulações sem história de trauma local; aumento persistente, progressivo e indolor de linfonodos (ínguas); massa abdominal ou em tecidos moles; dor de cabeça com dificuldade de andar e vômitos não associados à alimentação; mancha brilhante dentro do olho (tipo “olho de gato”), dentre outros.

O tratamento do câncer é estabelecido a partir do diagnóstico, sendo que a escolha das propostas terapêuticas se dá conforme o tipo de câncer, devendo ser definida pela equipe de saúde, paciente e a família.

As metas do tratamento ocorrem de três formas podendo, em muitos casos, estarem inter-relacionados, sendo que a primeira objetiva a cura, visando a erradicação completa do tumor e tratamento de controle. A segunda visa a sobrevida prolongada com a contenção do crescimento da célula e a terceira tem efeito paliativo, na tentativa de buscar o alívio de sintomas associados à doença (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo os mesmos autores, existem várias modalidades de tratamento empregadas como, por exemplo, as intervenções cirúrgicas, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia, a terapia com anticorpos monoclonais ou alvo-dirigida e o transplante de medula óssea.

Com relação às cirurgias, elas se constituem em uma modalidade frequente de intervenção, sendo que a cirurgia diagnóstica é realizada para identificar as características celulares, vindo a ser coadjuvante no tratamento posterior.

Já a quimioterapia consiste no emprego de drogas para combater o câncer e os medicamentos chamados quimioterápicos atuam combatendo as células doentes,

destruindo ou controlando seu desenvolvimento. A quimioterapia pode ser indicada como tratamento isolado ou ainda ser feita em conjunto com a cirurgia e a radioterapia, dependendo de fatores como tipo de tumor, localização e estágio da doença (ONCOGUIA, 2012).

Já a radioterapia, consiste na utilização de radiações ionizantes para destruir células tumorais, sendo que a radiação danifica o material genético da célula do tumor, evitando que ela cresça e se reproduza. A quantidade de sessões, radiação utilizada e o tempo de exposição são determinados pelo tipo e tamanho de tumor (ONCOGUIA, 2012).

A hormonioterapia é um tratamento que tem como objetivo impedir as ações de hormônios que contribuem para o crescimento de determinados cânceres como os de mama, próstata e endométrio. Esta forma de tratamento bloqueia ou suprime os efeitos do hormônio sobre o órgão alvo (órgão sobre o qual atua), por exemplo, o estrógeno que é o hormônio responsável pela proliferação celular no caso do tumor da mama (ONCOGUIA, 2012).

No que se refere à atualidade em termos de medicação, tem-se os anticorpos monoclonais ou terapia alvo-dirigida, que se constituem em imunoglobulinas altamente específicas para a ligação e atuação sobre determinadas moléculas. Ao identificar e ligar-se às suas proteínas-alvo, apresentam a possibilidade de alterar a ação destas moléculas com relevante função no processo de carcinogênese (PINHO, 2004).

Como alternativa terapêutica, o transplante de medula óssea tem sido realizado, sendo tratamento para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue. Ele consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula (PINHO, 2004).

Independente do procedimento escolhido para determinado tipo de câncer, seja ele isolado ou não, sabe-se que por ser um tratamento longo e que combate células tumorais; em sua maioria, trará ao paciente efeitos colaterais desagradáveis. Por este motivo, o paciente e a família precisam estar cientes das intercorrências do tratamento, pensando-se no custo/benefício do mesmo (PINHO, 2004).

Dentre os efeitos mais comuns estão os gastrointestinais, a fadiga e alguns outros que alteram a imagem corporal dos clientes, afetando sua autoestima como: a alopecia, a caquexia, as alterações cutâneas e a disfunção sexual. Nota-se que isso ocorre tendo em vista que a ação desses medicamentos é sistêmica e não apenas nas células anormais, causando transtornos tanto de ordem física, quanto emocional para o paciente

(BARBOSA, 2004; MENEZES, 2006).

Além disso, sabe-se que do ponto de vista psicológico, os pacientes experimentam reações de reajustamento. Kübler-Ross (2005) descreve as reações psíquicas determinadas pela experiência de um diagnóstico de câncer, referindo cinco estágios que são denominados como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Destaca-se que nem todos os pacientes passam pelos estágios nesta ordem e nem todos vivenciam o processo na íntegra.

Considerando tais aspectos pertinentes do adoecimento com risco de morte, paralelamente às especificidades do tratamento, compreende-se que tais reações emocionais também atingem os trabalhadores e os familiares envolvidos nos cuidados aos pacientes. Ao ter que lidar com o sofrimento do outro, com as aflições diante da doença, o trabalhador também se confronta com sentimentos de impotência e angústia, o que poderá evoluir para um comprometimento emocional do mesmo no trabalho.

## **2.2 Sofrimento psíquico e saúde do trabalhador: psicodinâmica do trabalho**

O trabalho, na atualidade, é um componente importante na vida das pessoas, fazendo parte do cotidiano e ocupando muitas horas de envolvimento. Gomes (2006, p. 93) refere que “o trabalho ocupa, na vida dos seres humanos, papel fundamental, pois é através dele se pode atingir satisfação, realização profissional e projetar o homem no mundo”.

Dependendo do contexto em que se insere o trabalho, o mesmo pode ser fonte de adoecimento para os trabalhadores, sendo que a organização do trabalho interfere na saúde dos trabalhadores. Assim, devem-se considerar as novas formas de gestão contemporânea e nas diversas formas de organização do trabalho.

Para se compreender a inter-relação trabalho e saúde apresenta-se, dentro de uma perspectiva teórica, a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho que em seus pressupostos considera o trabalho fonte de prazer e sofrimento. As vivências de prazer e sofrimento são entendidas como o sentido do trabalho e sua análise possibilita o entendimento da dinâmica organizacional. Considerando a teoria crítica do trabalho, identificam-se questões obscuras e mecanismos para intensificar o trabalho e incrementar a produção, bem como entender o sujeito enquanto subjetividade (MENDES, 2007).

A condição emancipadora do trabalho tem sido prejudicada no contexto da sociedade capitalista contemporânea em que imperam as leis da racionalidade econômica e seus princípios de produtividade, flexibilidade e consumo. Em nome da sobrevivência, da segurança, da “manutenção” do emprego, os trabalhadores se sujeitam as condições contraditórias impostas pela organização do trabalho, ou seja, fazer mais e fazer bem; trabalhar em equipe-trabalhar sozinho; atender a normas em que não acredita-perder o emprego; cooperar-sobrecarregar-se; denunciar práticas das quais discorda-silenciar, ao invés de resistirem à trama de dominação e exploração do capital. Acompanha-se uma precariedade no atual mundo do trabalho, dito flexibilizado, transformando o sentido de emancipação em escravidão (MENDES, 2007).

Christophe Dejours, psiquiatra francês, dedicou-se em pesquisar e escrever sobre a psicodinâmica do trabalho referenciadas em obras como: A loucura do trabalho publicada em 1980 e a Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho publicada em 1994; dentre outras. O autor afirma que não se pode entender o sofrimento psíquico ligado a atividades laborais sem que se entenda em que consiste a satisfação e a plenitude no trabalho. Esses referenciais podem auxiliar na compreensão acerca do prazer e do sofrimento enfrentados por uma equipe que trabalha com pacientes oncológicos.

As formulações de Dejours (1994) sobre o sofrimento psíquico estão associadas a uma visão de totalidade do trabalho, ou seja, os novos modos de produção desvincularam o trabalhador do seu produto. Assim, em muitas situações, o trabalhador reconhece o seu papel naquele processo de trabalho, sem se envolver e conhecer as ações dos demais integrantes do mesmo.

Sabe-se que há influência do ambiente de trabalho na saúde do trabalhador, o que pode ser observado pelo aumento de doenças relacionadas ao estresse enfrentado no dia-a-dia desses sujeitos. Um vasto tipo de sintomas pode refletir este sofrimento, evidenciado também através das somatizações físicas e dos problemas psíquicos vivenciados no trabalho (SILVA, 1998).

Dejours (1994) construiu um sistema teórico, através da Psicopatologia do Trabalho e da Psicodinâmica do Trabalho, que contemplou as dimensões do ser humano e avaliou o quanto a organização do trabalho influencia na obtenção de saúde e bem-estar. Nessa perspectiva, é central para o objeto de estudo da psicodinâmica a problemática da mobilização e do engajamento que a organização do trabalho exige do sujeito trabalhador (MENDES, 2007), pois se sabe que o sofrimento, como parte da

condição humana, atua como mobilizador dos investimentos para mudanças da realidade. Assim, a psicodinâmica é uma abordagem de pesquisa e ação sobre o trabalho, é um modo de fazer análise crítica e reconstrução da organização do trabalho.

A organização do trabalho exerce sobre o sujeito, uma ação cujo alvo é o aparelho psíquico, sendo que para se protegerem desses impactos os trabalhadores utilizam mecanismos de defesa, ou seja, estratégias denominadas defensivas (DEJOURS, 1993).

Tem-se, com isso, uma teoria crítica do trabalho que considera o sujeito enquanto subjetividade, preocupando-se com as questões visíveis e invisíveis do contexto organizacional. A questão de partida é “como os trabalhadores conseguem não ficar loucos, apesar das exigências do trabalho, que, pelo que sabemos são perigosas para a saúde mental?” (DEJOURS, 1993, p. 17-18). Observa-se uma reviravolta epistemológica e a normalidade aparece então como um enigma, “um equilíbrio precário (equilíbrio psíquico) entre constrangimentos do trabalho desestabilizantes, ou patogênicos e defesas psíquicas” (DEJOURS, 1993).

Essa regulação requer estratégias especiais que são mecanismos de defesas construídas pelos próprios trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação de trabalho. São essas estratégias, individuais ou coletivas que evitam o descompensação mental e, de maneira simbólica, geram no trabalhador a sensação de ser mais forte que a organização do trabalho.

Evidencia-se, a partir de então, que a influência da organização do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores passa a ser considerada como capaz de trazer implicações para a saúde dos trabalhadores, seja qual for o modelo de organização do trabalho adotado no processo produtivo.

Destaca-se ainda que a abordagem psicodinâmica se utiliza dos conceitos ergonômicos de trabalho prescrito, que é aquele previamente determinado, instruído e que deve ser concebido; e real, aquele efetivamente executado com todo seu ajuste, reorganização e adaptação (DEJOURS, 1992).

Para Dejours (1992) a partir do momento que o homem não pode modificar a tarefa de acordo com suas necessidades e desejos, o sofrimento de natureza mental começa. Entende-se, dessa maneira, que a partir do momento em que a relação conflitual do aparelho psíquico à tarefa é bloqueada, ou seja, esta negociação é conduzida ao último limite, começa o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento. Nesse ponto, o homem não domina mais o seu trabalho, pelo contrário é

dominado por ele. O trabalho já não oferece condições para sua estruturação psíquica, tampouco oportuniza vivências de prazer, sendo que o desejo da produção supera o desejo do homem.

A psicodinâmica, ainda que consolidada como abordagem científica, continua em processo de desenvolvimento. Em seu arcabouço teórico e metodológico, apresenta uma inversão no entendimento da inter-relação trabalho e saúde, tendo como base a análise da dinâmica organizacional, preocupando-se com as forças “visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas e sociais, políticas e econômicas” (MENDES, 2007, p. 29) que atuam e podem interferir no contexto de trabalho.

Assim, é objeto da psicodinâmica do trabalho “o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho que se manifestam nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento” (MENDES, 2007, p. 30).

O trabalho assim realizado aponta para a criação de identidade do trabalhador pelo fazer e produzir, em busca das vivências de prazer, bem como da compreensão da dinâmica das vivências de prazer-sofrimento. Essas vivências são decorrentes da interação de três diferentes dimensões coexistentes e interligadas: a da *subjetividade do trabalhador*, indivíduo singular, com história de vida, desejos e necessidades particulares; a da *organização do trabalho*, imposições de eficácia, normas e padrões de condutas e da *coletividade*, relações entre iguais e relações hierárquicas, normas e valores de convivência social no trabalho (MENDES, 2007).

Nessa dinâmica, para fazer frente às tentativas de dominação pela organização do trabalho e manter a saúde, ao sujeito trabalhador cabe o investimento da inteligência prática, da personalidade e da cooperação. No entanto, o investimento desses elementos, mesmo que articulados, nem sempre é capaz de dar conta da “loucura” do trabalho, se ocorrer individualmente. A mudança da realidade do trabalho exige, então, que o investimento seja realizado pelo coletivo de trabalhadores, bem como implica a mobilização e engajamento do sujeito no trabalho. Considera-se, no entanto, que essa mobilização e engajamento resultam em modos de subjetivação específicos e, que, muitas vezes, são explorados em benefício à lógica do capital (MENDES, 2007).

Assim, Mendes (2007, p. 30), refere que a subjetivação é “o processo de atribuição de sentido construído com base na relação do trabalhador com sua realidade do trabalho, expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos” e é explorada devido às características contraditórias que apresenta o sofrimento.



Simultaneamente, pode operar como mobilizador de saúde e como instrumento de obtenção de produtividade, destacando-se que o sofrimento pode produzir trabalho. (DEJOURS, 1992)

Observa-se que o que é explorado pela organização do trabalho não é o sofrimento em si, mas, principalmente, as estratégias de mediação utilizadas contra esse sofrimento. Um exemplo é a autoaceleração, que é um modo de evitar contato com a realidade que faz sofrer e uma ferramenta usada pelos gestores da organização do trabalho para aumentar a produção (MENDES, 2007, p. 31).

A atual fase da pesquisa em psicodinâmica não se detém apenas na vivência de prazer e sofrimento. A abordagem vai além, considera o modo com que os trabalhadores subjetivam tais vivências e o sentido que elas assumem, bem como o uso das estratégias de mediação.

São privilegiados os modos de subjetivação a partir do trabalho, o investimento e engajamento no trabalho, muitas vezes, precarizado e como são construídos esses modos de subjetivação, tendo como base o sofrimento e as estratégias de ação ante as novas formas de organização do trabalho. Também são enfatizadas, nessa fase, as consequências sociais do confronto entre organização do trabalho, sofrimento e ação (MENDES, 2007, p. 35-36).

A abordagem psicodinâmica busca o que não está visível, parte de um modelo de homem que se esforça para resistir ao jogo da dominação simbólica, social, política e econômica, inerentes a realidade no mundo do trabalho (MENDES, 2007, p. 33)

A partir do momento que a organização do trabalho não permite a inversão do trabalho prescrito em um trabalho ao desejo do trabalhador, pode ter início o sofrimento do trabalhador. Na medida em que o trabalhador já não pode usar a inteligência prática e que a atividade não absorve sua criatividade, este sofrimento pode tornar-se ainda mais presente.

Na psicodinâmica do trabalho “o *sofrimento é uma experiência vivenciada*, ou seja, é um estado mental que implica em um movimento reflexivo da pessoa sobre seu 'estar no mundo'” (DEJOURS et al, 1994). No entanto, essa vivência pode não ser totalmente consciente, contendo uma parte inapreensível e indissociável da corporalidade. Assim, “o sofrimento é, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros” (DEJOURS et al, 1994).

Merlo (2004), ao refletir sobre os conceitos da psicodinâmica, refere que o interesse da mesma não é eliminar o sofrimento e sim impedir que ele seja transformado

em adoecimento.

O sofrimento também pode representar um meio de o sujeito conferir uma nova significação ao trabalho, à medida que quando levado a resolução de problemas dentro da organização, “o sujeito tem a chance de alcançar um reconhecimento social de seu trabalho e se torna capaz de dominar suas angústias e, conseqüentemente, controlar seu sofrimento, salvando o seu equilíbrio mental” (MERLO, 2004, p.132). Portanto, o sofrimento não possuiu um viés apenas negativo, mas um significado que vai além do patogênico, abordando também elementos criativos (BRANT; GOMEZ, 2004), ou seja, o sofrimento pode se constituir em uma potencialidade para o trabalhador.

A busca pela saúde continua sendo objeto de estudo para a psicodinâmica e, nessa direção, Mendes (2007, p. 42) afirma que “o desafio que se coloca, a despeito do sofrimento, consiste em investigar os impactos da flexibilização do capital no mundo do trabalho, se ainda é possível ter saúde e o que rege essa possibilidade”. O trabalho na abordagem psicodinâmica é caracterizado como fonte de prazer e sofrimento, sendo que estas vivências podem ser compreendidas como o sentido do trabalho.

A contribuição para o processo de saúde está na intervenção sobre a organização do trabalho significando, dessa maneira, que a psicodinâmica é mais do que teoria e pesquisa, é um modo de ação sobre a realidade. Intervir na organização do trabalho “permite aos sujeitos subverter o sofrimento, transformando-o em sentido, em inteligibilidade e em ação, o que não significa anular o sentimento, mas transformá-lo no prazer da reapropriação do vivido pela ação” (MENDES, 2007, p. 43).

Uma fonte de prazer é justamente essa transformação das situações causadoras de sofrimento por meio da mobilização subjetiva, na qual o sujeito faz uso de sua subjetividade, sua inteligência prática e do coletivo de trabalho buscando o resgate do sentido do trabalho. O coletivo mencionado é construído pelos trabalhadores com base na solidariedade, confiança, cooperação, e “pressupõe a existência de um espaço público da fala e da promessa da equidade quanto ao julgamento do outro” (MENDES, 2007, p. 44). Paralelo a isso, Dejours (1994) aponta que o sofrimento na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, pré-existe ao encontro com a situação do trabalho. É ele quem direciona o sujeito no mundo e no trabalho em busca da autorrealização, da construção da identidade que se dão no campo social.

A construção da identidade é mediada, pois necessita do olhar e do julgamento do outro. O sujeito não constrói sua identidade a partir de si, ele procura ter reconhecido seu fazer e não o seu ser, pois “somente depois de ter reconhecida a qualidade do meu

trabalho é que posso, em um momento posterior, repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade” (DEJOURS et al, 1994). Ela decorre da “interação dialética do 'eu' indivíduo com o 'outro', mediada pelas representações e significações socialmente construídas” (MENDES, 2007, p. 45). Consideram-se, assim, contextos históricos, pessoais e sociais nos quais o indivíduo está inserido.

Mendes (2007, p. 45) alerta que “ao mesmo tempo em que o reconhecimento é um dos modos de fortalecimento da estruturação psíquica e da saúde, pode ser um modo de captura dos trabalhadores nas armadilhas da dominação. O trabalho, na sua centralidade, exerce papel fundamental para realização do trabalhador e essa condição é usada pela organização do trabalho para fazer ele se engajar na produção. A organização do trabalho promete utilizar o trabalho como forma de auto realização, levando o trabalhador, muitas vezes, a exaustão em nome dessa promessa”.

Assim, um trabalho que possibilite ao trabalhador a criação da identidade e a realização pessoal, em que seja possível o reconhecimento do outro e que se tenha liberdade de ação, pode parecer uma utopia, mas, certamente, seria fonte de prazer e possibilidade de saúde.

Na perspectiva da psicodinâmica, é possível vivenciar prazer desde que a organização do trabalho ofereça condições para o desenvolvimento de três importantes ações pelos trabalhadores: mobilização da inteligência prática, do espaço público da fala e da cooperação. Essas ações alimentam o prazer tanto por via direta como indireta.

A inteligência prática significa a ruptura com regras e normas, a transgressão do trabalho prescrito via inteligência, a partir do desenvolvimento de meios mais eficazes que a própria organização do trabalho. O espaço público da fala é construído pelos trabalhadores sendo o espaço onde se reconhece a inteligência prática e se permite a livre expressão de opiniões. A cooperação significa que o desempenho coletivo é maior que a soma dos desempenhos individuais; constituindo-se na ação de construir coletivamente produtos, idéias e serviços, por exemplo, pressupõe reconhecimento e valorização, assim como o fortalecimento da identidade psicológica social (MENDES, 2007).

A análise da fala e a escuta do sofrimento dos trabalhadores, num espaço público de discussão, possibilita o acesso e apreensão dessas relações dinâmicas, pois para Mendes (2007, p. 31):

“esse espaço é a possibilidade de (re)construção dos processos de subjetivação e do coletivo, uma vez que falar do sofrimento leva o trabalhador a se mobilizar, pensar, agir e criar estratégias para transformar a organização do trabalho. A mobilização que resulta do sofrimento se articula à emancipação e reapropriação de si, do coletivo e da condição de poder do trabalhador”. Só assim o sofrimento pode ser compreendido, interpretado e elaborado.

Diante dessas considerações, podemos compreender que a clínica do trabalho é um modo de revelar e traduzir as vivências de prazer e sofrimento e de compreender o processo de construção da saúde no trabalho. Segundo Mendes (2007), ela está comprometida com a dimensão sociopsíquica do trabalho e, a partir da análise da organização do trabalho, busca compreender como ocorre a subjetivação, resultado das inter-relações entre subjetivo-objetivo, visível-invisível, social-psíquico particulares de cada contexto.

Consiste ainda em revelar as mediações entre sujeito e o real, na tradução do real pela escuta e pela fala. Na medida em que o trabalhador fala, passa também a pensar e a refletir sobre suas experiências e perceber a realidade. No entanto, é preciso que vá além da mera interpretação da realidade dos mesmos, e para tal, segundo Mendes (2007, p. 59).

“é necessária à interpretação dos conteúdos expressos por meio da análise das contradições, incoerências e mecanismos de defesa para, então, possibilitar a apreensão da dinâmica que envolve a relação entre as vivências de prazer-sofrimento e a saúde no trabalho”.

A clínica do trabalho implica na crítica ao que está posto, no questionamento da realidade. Duvida-se dela e se busca, não só o aparente, mas o invisível no contexto do trabalho. Compreender o sofrimento a partir da fala do sujeito pode permitir resgatar a capacidade de pensar sobre o trabalho, enquanto um modo de desalienação, bem como uma possibilidade de apropriação e dominação do trabalho pelos trabalhadores, sendo esse um aspecto fundamental para dar início à construção do coletivo com base na cooperação e nas mudanças da organização do trabalho (MENDES, 2007, p. 32). Em síntese, a clínica do trabalho é o espaço da fala e da escuta do sofrimento, é uma prática que tem como princípio a emancipação do sujeito em que, a partir da reapropriação de si e do coletivo, esboça-se o resgate do sentido do trabalho. É uma prática na qual, conscientes de sua realidade e de suas funções política e social, os sujeitos trabalhadores podem retomar suas condições de lutar contra o desejo do capital.

Entende-se que o trabalho é para o homem condição de existência social e de criação de identidade, no entanto, esta condição tem sido prejudicada no contexto da sociedade capitalista contemporânea em que imperam as leis da racionalidade econômica e seus princípios de produtividade, flexibilidade e consumo.

É essencial destacar que não há trabalho que não acarrete em algum tipo de sofrimento, pois este é componente da realidade dos trabalhadores. Mesmo nas situações em que o sofrimento é reprimido, o mesmo pode se manifestar de diferentes formas, fazendo com que o sujeito lhe dê um sentido. Assim sendo, é fundamental que os trabalhadores administrem seu próprio sofrimento em proveito de sua saúde, o que poderia desencadear em uma maior produtividade.

O desafio, portanto, é conciliar a saúde mental e o trabalho (DEJOURS, 1992), de forma que o sofrimento laboral não conduza, necessariamente e somente ao adoecimento, mas também à satisfação e ao crescimento do trabalhador.

### **2.3 Equipe multiprofissional e Estratégias Defensivas**

É notável a importância do trabalho em equipe ao mesmo tempo em que, entendendo as particularidades de cada área de atuação profissional, também se reconhece a necessidade do cuidado com o cuidador. Trabalhar com pacientes que têm doenças crônicas como o câncer, que vivenciam experiência de dor e sofrimento, de medo e de angústias, requer que a equipe seja sensível em relação a estes aspectos subjetivos dos sujeitos e isto depende, em grande parte, da satisfação ou da insatisfação dos trabalhadores com seu trabalho.

Assim, a assistência ao paciente oncológico dá mostras de sua complexidade, pois precisa envolver a consideração de múltiplos aspectos tais como: físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e econômicos, bem como os preconceitos e tabus existentes, pois a palavra câncer ainda carrega a ideia de maldição e morte (COSTA, 2003).

Considera-se de grande ajuda, neste sentido, a interação multiprofissional, tendo clara a possibilidade de visualizar o paciente como um todo, nos seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos. Significa também, reconhecer os pacientes e seus familiares como seres humanos singulares, vivenciando um difícil momento de suas vidas (COSTA, 2003).

A equipe de trabalho da unidade de oncologia, mesmo sendo constituída de trabalhadores com diferentes saberes, valores e histórias de vida, neste momento, pode evidenciar o interesse em refletir, cada vez mais, acerca da assistência que vem prestando aos pacientes (COSTA, 2003).

Assim, há uma tendência que o foco do trabalho em equipe seja baseado no esforço coletivo, na busca de objetivos e nas metas comuns, em clima de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre seus membros (ABREU et al, 2005).

Logo, a atividade profissional deixa de ser apenas um modo de ganhar a vida, mas também se torna forma de inserção social do trabalhador, o que pode refletir na sua forma de trabalhar. Dejours et al (1994, p. 54) refere que “o trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, porém, pode constituir-se também em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento”.

Os cuidados com pacientes oncológicos estão inseridos em um contexto permeado por dificuldades em que os trabalhadores passam por situações complexas, nas quais podem confrontar seus valores, crenças e práticas. Ou seja, o trabalho com estes sujeitos adoecidos e seus familiares conduz a desafios, exige superações pessoais e profissionais contínuas.

O câncer, segundo Lopes (2005), traz um estigma social de dor, sofrimento e morte que permeia a sociedade há anos. Esse estigma contribui para um agravamento do sofrimento psíquico do paciente e, conseqüentemente, do cuidador que está implicado nesse processo, pois além da doença trazer complicações para a rotina do paciente, o tratamento provoca efeitos colaterais severos.

As estratégias de defesa do trabalhador são necessárias para a realização do trabalho que, segundo DEJOURS (1992, p. 134) seria uma boa adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental do trabalhador. Assim, considera-se a existência de forças contraditórias e conflitantes no contexto do trabalho, sendo as vivências de prazer-sofrimento entendidas como o sentido do trabalho e, como tal, uma construção única e dialética (MENDES, 2007).

Esta satisfação ou insatisfação depende, no entanto, de vários fatores, os quais devem ser analisados tais como: relações psicossociais e familiares, condições de trabalho, ambiente de trabalho, dentre outros.

Deste modo, Dejours (1992) irá dizer que é preciso entender a organização do trabalho não só a partir da divisão do trabalho, isto é, a divisão de tarefas entre os

operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também, e, sobretudo, a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Ao instalar-se o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e desejo dos sujeitos, emerge o sofrimento patogênico (DEJOURS, 1992). A partir dessa percepção o autor explica em que consistem as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar esse sofrimento e como elas surgem e evoluem.

Alguns conceitos utilizados por Dejours (1992) são o de prazer no trabalho, de sofrimento criativo e sofrimento patogênico. Com esses conceitos, o autor busca entender as relações que se estabelecem entre organização do trabalho e sofrimento psíquico do trabalhador.

As estratégias se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de maneira particular a cada situação dependendo da sua personalidade. As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. As últimas surgem quando vários trabalhadores com sofrimento único se unem e constroem uma estratégia comum que nada mais é do que uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, é uma maneira de o trabalhador tentar se adaptar à organização do trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS, et al 1994).

Contudo, pode-se compreender que o sofrimento pode ter como consequência a criação de uma defesa, isto é, a criatividade é usada para transformar o sofrimento aumentando a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática. Neste caso, o trabalho funciona como mediador da saúde. Mas quando o uso desta criatividade é barrado ou quando já foram usados todos os mecanismos possíveis e as pressões continuaram, o sofrimento torna-se patogênico, pois leva ao desequilíbrio psíquico e à descompensação e, conseqüentemente, à doença. Aqui, o trabalho irá funcionar como mediador da desestabilização e da fragilidade da saúde.

No entanto, é fundamental compreender que os trabalhadores têm singularidades frente às pressões da organização do trabalho e com a atividade que exerce e isso deve ser considerado quando se pretende trabalhar estratégias defensivas.

Assim, as defesas de proteção constituem modos de pensar, sentir e agir compensatórios, a fim de suportar o sofrimento. Aqui, o trabalhador se aliena das causas do sofrimento e não busca qualquer mudança na organização do trabalho. Como

consequência, as causas do sofrimento se intensificam, assim como a precarização do trabalho e tão logo esse processo de enfrentamento falha, tem-se o adoecimento. Já as defesas de adaptação e exploração exigem um investimento físico e sociopsíquico além da vontade e capacidade do trabalhador. Consistem na negação do sofrimento e na submissão ao desejo da produção. Inconscientemente os trabalhadores assumem um comportamento neurótico e assim, atendem o desejo da excelência em meio ao funcionamento perverso da organização do trabalho (MENDES, 2007).

As defesas desempenham papel importante para assegurar a saúde dos trabalhadores, porém, podem transformar-se em ideologias defensivas e gerar alienação. A ambigüidade das estratégias defensivas está no fato de que “podem atenuar o sofrimento, mas por outro lado, se funcionarem muito bem e as pessoas deixarem de sentir o sofrimento, pode-se prever a alienação” (DEJOURS, 1999, p. 171).

Pode-se dizer que as defesas têm caráter contraditório e que nem sempre são eficazes, pois podem oportunizar o convívio com o sofrimento, mas também a alienação no que se refere às suas causas. Considera-se, contudo, a importância de trazer à tona a “(re) apropriação do desejo dos sujeitos-trabalhadores e, com isso, o resgate do pensar e agir criticamente sobre a organização do trabalho e na construção coletiva de soluções de compromisso para fazer face às contradições inerentes à organização do trabalho” (MENDES, 2007, p. 39). Dessa maneira, se reafirma a idéia de ser o trabalho fonte de prazer, sendo possível ressignificar o sofrimento e construir um caminho para a saúde.

Entretanto, independente das formas de enfrentamento que vivenciam, é delicada a situação dos trabalhadores que ministram estes cuidados aos pacientes oncológicos. Estimular o desejo pela saúde e pela vida aos pacientes em uma condição de doença crônica como o câncer, com mutilações físicas e fragilidade emocional, pode se tornar uma tarefa árdua. Ainda, para além do cuidado com o paciente, este trabalho implica em um suporte para a família cuidadora.

Sabe-se, no entanto, que muitas vezes os trabalhadores que fazem parte das equipes que atuam em oncologia, não estão preparados para lidar com as especificidades desta clínica. Assim, em muitas situações, se identificam com a angústia e o sofrimento dos pacientes podendo comprometer a conduta terapêutica e a qualidade do tratamento.

Dessa forma, na maioria das vezes, o trabalhador se depara com o sentimento de impotência diante da doença, em especial quando se trata de pacientes em estado terminal, podendo ser manifestado por meio de revolta ou abatimento. Neste contexto,



se fazem importantes a comunicação e a interação entre a equipe, de forma a auxiliar na assistência prestada ao paciente oncológico e sua família.

Para Dejours (1992), quando o conteúdo significativo da atividade laborativa do trabalhador gera insatisfação neste, primeiramente, ocasionará o adoecimento mental em oposição ao sofrimento resultante do provocado pelo conteúdo ergonômico, que são as condições de trabalho. Entretanto, ambos podem gerar problemas somáticos no trabalhador.

Para suportar este sofrimento e transformar sua realidade, os trabalhadores constroem e sustentam coletivamente estratégias defensivas capazes de lidar com a precarização do trabalho. Essas defesas são específicas das diferentes categorias profissionais e atuam como regras do coletivo de trabalho estabelecidas pelo grupo, podendo ser defesas de proteção, adaptação e exploração.

Lidar cotidianamente com pacientes oncológicos faz com que a equipe seja envolvida nas relações emocionais que abarcam este contexto, ou seja, manifestam reações de medo, sofrimento e estresse. No cotidiano destes trabalhadores, o convívio com vida e morte, saúde e doença são intensos. Estes elementos, muitas vezes adversos, podem gerar tanto satisfação, quando os cuidados dispensados trazem conforto, ânimo e alívio dos sintomas para o paciente, como podem gerar sofrimentos no trabalho, especialmente quando os cuidados não provocam alívio para a dor e para a angústia humana.

Mendes (2007, p. 31) indica que o sofrimento deve ser

compreendido, interpretado, elaborado e reelaborado em um espaço público de discussão. Segundo a autora, esse é o espaço onde há possibilidades de (re) construção dos processos de subjetivação e do coletivo, uma vez que falar do sofrimento leva o trabalhador a se mobilizar, pensar, agir e criar estratégias para a organização do trabalho.

Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade, aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática e funciona como um promotor de saúde (MENDES, 2007).

Nesse sentido, o profissional necessita se envolver emocionalmente se deseja estabelecer uma relação com o paciente ou com qualquer outro ser humano (TRAVELBEE, 1979). Para a autora, este envolvimento é a capacidade da pessoa de

transcender a si mesma e interessar-se por outra pessoa sem que este interesse os inabilite. É através deste envolvimento que os trabalhadores se percebem no outro, tornando-se sensíveis à situação que está vivenciado e que lhe dará possibilidade de oferecer a ajuda necessária.

### **3 MÉTODO**

Esta pesquisa se caracterizou como exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Na investigação que utiliza o método qualitativo são trabalhadas atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se entender o ser humano em suas relações com o mundo (MINAYO, 2007).

Além disso, a mesma autora ressalta que “a historicidade do processo investigativo e a peculiar forma de investigar o social deve levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais oferecidas pela pesquisa qualitativa; as quais são as garantias de um precioso e amadurecido trabalho (2007, p.32).” A partir destas considerações e das contribuições relevantes que a metodologia qualitativa oferece para realização de um estudo aprofundado no âmbito da saúde, é que se fez esta escolha.

#### **3.1 Cenário da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Ijuí, interior do estado do Rio Grande do Sul, o qual tem uma população aproximada de 80.000.00 habitantes.

O município conta com um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o qual está inserido na Associação Hospital de Caridade de Ijuí. A área de abrangência do CACON é de 120 (cento e vinte) municípios da macrorregião, os quais são referenciados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde.

O Hospital conta com 18 leitos para pacientes oncológicos, distribuídos em uma unidade e as crianças que necessitam de internação ficam alojadas na ala da pediatria do hospital.

O serviço de quimioterapia tem capacidade para atender 26 pacientes simultaneamente em um espaço reservado, sendo que esse espaço divide-se em ala para pacientes com convênios e particulares, pacientes SUS e ala infantil.

Na sua área física, possui uma capela para diluição de quimioterápicos, sala de registros, pesquisa clínica, agendamento de consultas e procedimentos a serem realizados no Centro. Além disso, o serviço conta com 8 consultórios de atendimento da equipe multiprofissional, 2 quartos para pacientes com necessidade de cuidados paliativos que esperam por consulta e uma farmácia para dispensação de medicamentos.

Devido ao grande aumento na demanda de atendimentos, o hospital está com projeto estruturado para aumentar a área da oncologia, pois existem dificuldades em

comportar todos os pacientes e familiares que utilizam os serviços do CACON. Ainda, considerando o grande fluxo de pacientes novos recebidos por mês, percebe-se a necessidade de agregar mais profissionais ao quadro de funcionários do serviço.

Atualmente o CACON conta com uma equipe de 102 trabalhadores no setor ambulatorial, incluindo a parte administrativa. Da área da saúde são 42 trabalhadores com curso superior.

Em média, são realizadas 1600 sessões de quimioterapia por mês, 2000 sessões de radioterapia e 80 braquiterapias mensais, ou seja, tratamento realizado no hospital especificamente para mulheres com câncer de cólon de útero. Ainda, são realizadas em média 1400 consultas médicas e 700 atendimentos pela equipe multiprofissional ao mês.

O tempo de permanência dos pacientes internados é variável, dependendo dos motivos que ocasionaram a internação. No caso de pacientes que internam para fazer quimioterapia, a permanência é de, em média, cinco dias, considerando o ciclo do tratamento.

### **3.2 Participantes do estudo**

O serviço conta com um total de 102 trabalhadores, entre eles: 25 médicos, oito enfermeiros, dois fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psicóloga, três farmacêuticas, duas assistentes sociais, um coordenador administrativo, 15 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares em farmácia, oito técnicos em radioterapia, oito recepcionistas, uma mensageira, oito profissionais em pesquisa clínica, sete higienizadores, dois faturistas, um registrador oncológico e quatro copeiras.

Os trabalhadores de saúde organizam reuniões mensais para discussão de casos clínicos e trocas de informações referentes à especificidade de cada área. Os rounds, acompanhamentos diários da equipe multidisciplinar aos pacientes internados, não acontecem mais em função da falta de tempo dos trabalhadores.

A maioria dos trabalhadores realiza 44hs semanais, excetuando-se os médicos que não têm contrato estabelecido de horas com a instituição, mas que permanecem praticamente o dia todo no hospital em função dos pacientes internados e de algumas intercorrências que precisam atender.

Além disso, é importante ressaltar que o serviço ambulatorial funciona de segunda a sexta-feira, das 7hs da manhã até a hora em que são finalizadas as consultas

médicas ou da equipe multiprofissional.

O serviço de radioterapia funciona até 22hs e também aos sábados pela manhã e o setor de quimioterapia até 19hs, podendo haver alteração, caso haja alguma intercorrência.

Quanto à hierarquia, o CACON possui um coordenador médico oncologista que representa o serviço, sendo que ele conta com a equipe para dar suporte no que se refere às questões burocráticas do hospital, ou seja, organizar a conduta terapêutica de modo que o paciente receba o tratamento mais adequado ao seu quadro clínico, além de fazer a organização necessária dos termos de compromisso para darem início ao tratamento.

A população deste estudo foi composta por trabalhadores da área da saúde que atuam no setor de oncologia e que participam diariamente do atendimento a estes pacientes, ou seja, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionista e farmacêuticos da instituição pesquisada. A psicóloga do serviço foi excluída do grupo, tendo em vista que ela é a pesquisadora que propôs este estudo.

Assim sendo, foram selecionados, nove trabalhadores, partindo da disponibilidade dos profissionais em participarem da pesquisa, para as áreas que têm mais de um profissional atuando na equipe foi feito sorteio. Assim, foram sorteados dois médicos; três enfermeiros; um assistente social; um fisioterapeuta; um nutricionista e um farmacêutico, os quais compõem a equipe.

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: estar atuando, há pelo menos um ano na unidade de tratamento oncológico, estar trabalhando no período da coleta de dados, fazer parte da equipe multidisciplinar do CACON e possuir curso superior. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que não atenderem aos critérios anteriormente estabelecidos, os que não se propuseram a participar do estudo, bem como os que estavam ausentes do trabalho em licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados e ilustrados com algumas falas dos participantes do estudo. Assim sendo, foi utilizada a letra **P** para representar o participante e o número arábico representando a ordem em que a entrevista foi realizada.

### 3.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, da autorização formal do Hospital de Caridade de Ijuí e de cada um dos participantes, respeitando todos os princípios que são preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No primeiro encontro com os sujeitos desta pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (em duas vias, uma para o participante, outro para o pesquisador) e explicados os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios desta pesquisa, lembrando aos participantes que eram livres para aceitar ou não participar deste processo.

As entrevistas foram agendadas de acordo com os horários de disponibilidade dos profissionais, sendo realizadas no consultório de psicologia do CACON, por opção dos participantes. Respeitou-se, também, o pedido dos mesmos de que as entrevistas fossem feitas no horário de trabalho, em função da falta de tempo destes trabalhadores.

Foram selecionados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário de levantamento de dados sócio-demográficos e a entrevista semi-estruturada, os quais apresentaram características e finalidades diferenciadas.

A partir dos dados sócio-demográficos foi possível caracterizar os participantes do estudo, sendo que os trabalhadores receberam uma ficha com as questões pertinentes a pesquisa para que respondessem antes do início da entrevista.

Além disso, fez-se a escolha da entrevista semi-estruturada, pois é possível focalizar, por meio de um roteiro flexível e dinâmico, a expressão do entrevistado em suas próprias palavras, apresentando uma perspectiva do sujeito sobre seus sentimentos.

Segundo Minayo “[...] a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”, ou seja, permite que se tenha noção da totalidade daquilo que se pretende conhecer, envolvendo valores, atitudes e opiniões do entrevistado (2007, p. 98).

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se por utilizar um roteiro previamente elaborado, com questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa.

Deste modo, o objetivo principal foi o de obter informações e realizar constatações, deixando emergir as diferentes visões sobre o assunto (RESSEL;

GUALDA; GONZALES, 2002).

Partindo dessas considerações, foi construído um roteiro para a entrevista com questões pertinentes aos objetivos da pesquisa.

A entrevista foi realizada com auxílio de um gravador digital mediante a autorização do trabalhador de saúde, com duração média de 40 minutos. As entrevistas foram transcritas em um editor de textos e lidas para apreensão inicial do conteúdo, sendo que a leitura do material permitiu apreender o conteúdo manifesto e agrupar os fragmentos que se repetiam e/ou possuíam semelhança semântica nos diferentes depoimentos.

### **3.4 Organização e análise dos dados**

A organização e análise dos dados foram realizadas em etapas, ou seja, inicialmente realizou-se sistematização dos dados sóciodemográficos, o que permitiu conhecer o grupo de participantes. Em seguida, procedeu-se a transcrição das falas em um editor de textos e a descrição dos dados coletados nas entrevistas.

Para facilitar a leitura dos resultados, os dados sociodemográficos foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual. Considerando as características do estudo e a estratégia metodológica planejada, o caminho escolhido para analisar os dados obtidos nas entrevistas foi a técnica de análise de conteúdo do tipo temática que se constitui de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final. (MINAYO, 2007).

Posteriormente a transcrição, os dados obtidos foram lidos exaustivamente na busca de evidências para a melhor compreensão do conteúdo.

A operacionalização da análise temática, no primeiro momento, desdobrou-se nas fases de pré-análise, nas quais foram selecionados, analisados e transcritos os dados obtidos. No segundo momento da análise, após a organização desses temas, as falas foram agrupadas em categorias temáticas. O terceiro e último momento correspondeu ao agrupamento das categorias temáticas a partir do embasamento teórico para análise e discussão.

Posteriormente, fez-se a categorização dos elementos constitutivos de cada tema, completando-se as três etapas de análise: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os dados foram submetidos à análise

temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, fundamentada na regularidade das afirmações denotando, dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos depoimentos. (MINAYO, 2007)

Deste modo, considerou-se que a técnica escolhida possibilitou a apropriação da perspectiva dos trabalhadores quanto ao trabalho realizado na unidade oncológica do hospital.

### **3.5 Aspectos éticos**

Considerando os aspectos éticos de uma pesquisa, as falas foram identificadas pela letra P seguidas de números arábicos conforme a ordem em que as entrevistas foram realizadas, a fim de preservar a identidade dos trabalhadores.

Esta pesquisa foi submetida a uma Comissão Examinadora em banca de qualificação, conforme prevê o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM.

Após a adequação do projeto às sugestões da banca, foi realizado contato com a administração do serviço, a fim de apresentar a proposta de pesquisa e obter autorização para o desenvolvimento da mesma.

Posteriormente ao registro e tramitação do projeto no Sistema de Informações para Ensino (SIE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o projeto foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e enviado para apreciação no Comitê de Ética da UFSM (CEPE/UFSM) para conhecimento, avaliação e posterior liberação para a coleta de dados, registrado no CAAE sob o nº 0024.0.243.000-11.

Os instrumentos estão de posse do pesquisador responsável e serão guardados por um período de cinco anos, na sala 1304 A, do Departamento de Enfermagem da UFSM. Decorrido esse tempo, serão incinerados.

### **3.6 Riscos e benefícios da pesquisa**

O estudo não apresentou riscos diretos aos participantes, porém a temática estudada pode ter representado algum risco indireto de sofrimento psicológico ao trabalhador ao refletir sobre esta, durante sua participação no estudo.



O risco indireto supracitado também pode se constituir em um benefício ao trabalhador, uma vez que a (re)significação do trabalho é um elemento essencial para a obtenção de prazer no trabalho (DEJOURS, 1994).

Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo, forneçam subsídios para a proposição de ações interventivas que visem minimizar os riscos de adoecimento no trabalho e promover a saúde dos trabalhadores. Acredita-se que este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relacionados ao trabalho, especialmente em serviços de oncologia.

Quanto aos cuidados éticos, foi cumprida a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/ Resolução 196/96), a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, sendo também assegurada a confidencialidade acerca dos dados coletados. A pesquisa foi registrada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Posteriormente foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM, sendo autorizada sua realização.

Para a operacionalização da coleta de dados foi estabelecido um contato junto com o hospital em que foi realizada a pesquisa, solicitando autorização para a realização do estudo em suas dependências. Este contato foi feito pela pesquisadora junto à direção do hospital, enfatizando os objetivos da pesquisa e os métodos a serem utilizados. Neste momento foi entregue uma Carta de Apresentação e o pedido de autorização, declarando conhecimento da proposta de estudo e concordância com o mesmo. Além disso, foi solicitada uma sala para a operacionalização da coleta de dados.

Após o consentimento da instituição, fez-se o contato com os trabalhadores da área da saúde que atuam no setor de oncologia, no qual foram explicados os objetivos, o tema e a justificativa do presente trabalho. Em seguida, após a apresentação da proposta de pesquisa, foram agendados horários para a realização das mesmas, de acordo com a disponibilidade de cada trabalhador.

É importante destacar, quanto às questões éticas que as gravações das entrevistas foram imediatamente destruídas após a transcrição e as transcrições dos depoimentos ficarão de posse da pesquisadora por um período de cinco anos sendo após, incineradas.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados e realizada a discussão dos dados emergidos desta pesquisa. Estudos sobre o trabalho em saúde devem considerar a complexidade das demandas em saúde, as relações entre as equipes e a articulação dos diferentes trabalhos, determinando possibilidades e limites de respostas às necessidades de saúde das pessoas (PEDUZZI; PALMA, 2004).

Lima (2003) afirma que somente a análise concreta do trabalho nas suas condições sociais, técnicas e organizacionais e seu confronto com o discurso dos trabalhadores podem favorecer uma maior aproximação de sua realidade.

A vivência subjetiva do prazer e do sofrimento no trabalho pode ser expressa na comparação entre o discurso dos sujeitos e a análise sistemática de sua situação de trabalho. O ir e vir entre o discurso dos sujeitos e a análise de sua atividade pode aproximar o pesquisador de uma compreensão mais efetiva das possíveis articulações entre a saúde mental e o trabalho. (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007).

A seguir serão apresentados os dados sociodemográficos com o objetivo de caracterizar o grupo de trabalhadores de saúde que participaram do estudo, favorecendo a leitura e a compreensão dos resultados.

### 4.1 Dados sócio-demográficos dos trabalhadores

A partir dos dados coletados, foi organizada a seguinte categorização dos trabalhadores de saúde que trabalham com oncologia:

Quanto ao **sexo**, dos nove trabalhadores pesquisados, um é do sexo masculino, ou seja, cerca de 90% são do sexo feminino, considerando-se pertinente uma reflexão sobre a condição feminina e as implicações deste dado no objeto deste estudo, ou seja, na saúde do trabalhador.

Sobre a **idade** dos entrevistados, verificou-se que a idade média é de 35 anos, sendo que a idade mínima é 23 anos e a máxima é 48 anos. Assim, este estudo aponta para um predomínio de adultos jovens, ou seja, trabalhadores que tem um longo caminho a percorrer até o momento da sua aposentadoria, o que reforça a necessidade de se prevenir o adoecimento relacionado ao trabalho.

Dejours (2004) destacou que o trabalho feminino apresenta um caráter paradoxal, por um lado faz a mediação das relações de dominação dos homens sobre as

mulheres, mas por outro é um instrumento de reapropriação dos direitos das mulheres, o que representa um meio de conquista de novas normas de vida e, conseqüentemente, de saúde.

Assim, destaca-se que as relações de gênero perpassam o mundo do trabalho e a divisão sexual, evidenciando as formas pela qual a sociedade organiza a produção e a reprodução (BRITO, 2005).

Quanto ao **estado civil**, 67% (n=6) são casados e 33% (n=3) são solteiros.

Com relação ao **número de filhos**, quatro trabalhadores têm filhos e cinco não possuem filhos, sendo que desses, o número máximo são dois filhos. Com isso, destaca-se que, considerando o tempo dedicado ao trabalho, os trabalhadores necessitam também dedicar-se a sua função materna ou paterna.

Sobre o **tempo de serviço** desses trabalhadores no setor de oncologia, 44% (n=4) têm entre seis e 10 anos de serviço na oncologia e 56% (n=5) têm entre um e cinco anos de serviço na unidade. A maioria deles, 77% (n=7), escolheu trabalhar neste setor. Na medida em que escolhem trabalhar neste local, pode-se dizer que o desejo de estar e desempenhar suas atividades neste setor pode contribuir para a satisfação e prazer no trabalho, assim como para o enfrentamento das dificuldades cotidianas.

#### **4.2 Sofrimento do Trabalhador de Saúde que atua em Oncologia**

Os trabalhadores de saúde que trabalham na área de oncologia deparam-se, diariamente, com situações de sofrimento, dor e perda mas, para além desses sentimentos, também vivenciam experiências de alegria e satisfação no trabalho, pois tiveram a oportunidade de escolher o desafio de trabalhar com uma área que concentra as mais diversas manifestações de sentimentos possíveis no trabalho com saúde/doença.

Assim, apresentam-se dois fragmentos de falas de trabalhadores que elucidam esta questão:

*[...] É neste conjunto que nós profissionais da saúde nos inserimos e contribuimos na atenção ao paciente portador de câncer. (P4)*

*Todo paciente acometido por alguma doença deve ser tratado com respeito dignidade, carinho, compaixão e profissionalismo, porém os pacientes oncológicos se diferenciam dos demais pela própria doença, são mais*

*sensíveis, pois o câncer está associado à ideia de sofrimento, dor e, posteriormente, morte. E nós, profissionais dessa área precisamos estar preparados e gostar do que fazemos. (P6)*

Estudo sobre os fatores de motivação e insatisfação no trabalho evidenciou que gostar do que faz foi o primeiro entre sete fatores em ordem de prioridade que motivam profissionais da saúde a permanecerem nos seus ambientes de trabalho (BATISTA et al, 2005).

A seguir são apresentados os resultados relativos às situações geradoras de sofrimento no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de saúde que atuam em oncologia. Tais situações foram divididas em duas categorias, sendo uma referente aos aspectos relacionados ao trabalhador e a outra relacionada ao paciente.

Sendo assim, considerando os *aspectos relacionados ao trabalhador*, pontuam-se: *medo de adoecer (associado ao estigma da doença), de se contaminar ou errar alguma conduta; dificuldade de conviver com crianças, adolescentes e idosos adoecidos; não corresponder à expectativa do paciente em termos de curá-lo, salvá-lo ou promover a melhora do quadro clínico; carga horária massante e número de trabalhadores aquém do necessário.*

Em relação aos *aspectos relacionados ao paciente* tem-se: *pacientes com diagnósticos tardios e a falta de cuidado dos municípios de origem e as dificuldades econômico-operacionais de alguns pacientes para acesso ao tratamento.*

Com relação ao *medo de adoecer (associado ao estigma da doença), de se contaminar ou errar alguma conduta* destaca-se que, atualmente, o câncer apresenta-se como um dos grandes “vilões” da saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente pela sua incidência e pelos índices de mortalidade (LOPES, 2005).

A simples manifestação da palavra “câncer” assusta as pessoas com prenúncios de dor, sofrimento e pensamentos mórbidos, fazendo com que deixem propositalmente de encarar tal tema. Assim, da mesma forma que o câncer traz uma representação social de dor e sofrimento para aqueles que vivenciam o processo de adoecimento, é compreensível que para os trabalhadores de saúde envolvidos neste cuidado, o atendimento a esses pacientes seja um desafio não só profissional como também pessoal.

Isso se evidencia nos fragmentos abaixo:

*[...] medo porque também não estamos livres dessa doença. (P1)*

*[...] câncer assusta só pelo nome. (P3)*

Outro ponto a ser considerado na pesquisa está ligado ao *medo da contaminação* com as medicações usadas nas condutas terapêuticas com pacientes oncológicos. Constata-se este fato no fragmento a seguir:

*Imagina se erro alguma diluição, se quebro algum frasco de medicamento, me angustia só de pensar... são medicamentos muito tóxicos e que precisamos ter muito cuidado na manipulação. Tenho medo de me contaminar. (P3)*

Identifica-se na fala, “o peso” da responsabilidade relacionada às funções que exerce, uma vez que as etapas de preparo e administração dos quimioterápicos são essenciais e requerem atenção, concentração na atividade e controle de todo o processo. Por ser medicamento mutagênico, a manipulação e a administração dos quimioterápicos devem ser realizadas com muito cuidado. Estudos revelam alterações genéticas, tumores secundários, efeitos colaterais e maiores probabilidades de aparecimento de câncer em profissionais que trabalham em contato com essas drogas. (ROCHA, 2004).

Evidencia-se, portanto, os motivos que levam os trabalhadores a temerem o contato diário com esse tipo de droga, mesmo fazendo uso dos EPIs (avental, luva, máscara de carvão, etc.) necessários para este tipo de trabalho.

Ainda como fator que ocasiona sofrimento em trabalhadores de saúde que trabalham com pacientes com câncer está *a dificuldade em conviver com o adoecimento de crianças, adolescentes e idosos*. O contato com a morte provoca sensação de impotência nos profissionais e o sofrimento do trabalhador é resultado do envolvimento com a criança, adolescente e sua família e da impotência frente à evolução da doença.

Segundo Ferreira e Mendes (2001), as limitações e a necessidade de lidar com elas de alguma maneira, resultam em sensações de impotência e insuficiência, frustração e revolta. Podem-se perceber esses sentimentos nos fragmentos a seguir:

*[...] presenciar pacientes jovens em fase terminal [...] ver o sofrimento dos familiares [...] acho muito pesado emocionalmente. É muito complicado perceber que ficamos limitados em muitos casos. (P1)*

*[...] e ver um paciente que estava “bem” voltar ao centro em uma cadeira de rodas, totalmente debilitado, me causa muito sofrimento. Ver os familiares sem esperanças... é como se a morte tivesse cada vez mais próxima. Pior é que, mesmo parecendo que sou preparada, me frustra sempre. (P3)*

*[...] as crianças são motivos de sofrimento para mim. ( P3)*

*Sofro quando acompanho o tratamento de pacientes jovens onde os antineoplásicos não respondem a doença como deveriam responder. (P6)*

*Avalio que o pior para mim é ver crianças e adolescentes doentes. (P7)*

Quando o câncer aparece em tenra idade, o corpo conta com toda a estrutura fisiológica para combatê-lo. A integridade dos órgãos e tecidos geralmente é mantida durante o tratamento e isto permite que a abordagem seja focada no tumor. Ainda assim, sintomas indesejados podem surgir como complicações infecciosas e efeitos colaterais das medicações, progressão da doença e óbito.

Os idosos, mesmo aqueles considerados saudáveis, exibem maior dificuldade em manter o equilíbrio no funcionamento do organismo quando são acometidos pelo câncer (NOBREGA, 2011).

Tem-se um fragmento de um dos trabalhadores pesquisados que ilustra esta questão:

*[...] me causa muito sofrimento pacientes idosos que, muitas vezes, vêm sozinhos buscar tratamento e acometidos de outros sintomas ou doenças referentes a idade [...] (P3)*

As pessoas, com o passar dos anos, principalmente ao atingirem a velhice, vão adquirindo limitações decorrentes do processo natural do envelhecimento que se acentuam com o passar do tempo, comprometendo cada vez mais a sua saúde (TAVARES, 2010). Destaca-se que é essencial que o cuidado com o idoso envolva a compreensão do indivíduo como um todo, suas preferências, capacidades e limitações, histórico de doenças, uso de medicamentos, aspectos familiares e sociais. O amplo

espectro de fatores que influenciam sobre o processo de envelhecer e adoecer torna o processo complexo e impulsiona a não delimitar condutas baseadas isoladamente na idade (NOBREGA, 2011). Para isso, a participação ativa dos familiares, cuidadores e dos próprios idosos é essencial para este entendimento.

Outro aspecto que é essencial nesta análise diz respeito ao trabalhador de saúde *não corresponder a expectativa do paciente em termos de curá-lo, salvá-lo ou promover a melhora do quadro clínico*

Os trabalhadores referem que não têm como atuar neste setor sem registrar cotidianamente, o sofrimento e a dor, o que aumenta o desafio de curar, salvar ou promover a melhora dos pacientes. Considerando-se os diagnósticos dos pacientes, em muitas situações, as possibilidades de cura são reduzidas ou nulas.

PITTA (2003) descreve que cresceu o número de trabalhadores com as tarefas de combater as doenças, alongar a duração da vida e acompanhar os que morrem. A própria natureza do trabalho hospitalar, o contato constante com pessoas adoecidas gravemente submetem os trabalhadores à execução de tarefas agradáveis ou repulsivas, o que pode suscitar sentimentos intensos e contraditórios nos trabalhadores da saúde durante sua rotina de trabalho.

Assim, a convivência com a doença, o sofrimento, a dor e a morte do outro causa um desgaste físico e mental para o trabalhador da saúde, que, na condição de humano, depara-se com a sua própria finitude. Destacam-se alguns fragmentos em que se evidenciam esses sentimentos:

*[...] ver o sofrimento, a dor física e emocional dos pacientes, isso também faz a gente sofrer. Saber que não somos deuses, que não podemos fazer milagres, curar todos os casos. (P3)*

*[...]. Isso é sofrimento para quem trabalha com pessoas doentes, a sensação de impotência em alguns casos. (P5)*

Os trabalhadores em saúde têm como foco principal atender as demandas dos pacientes e familiares, no sentido de aliviar o sofrimento e atender às necessidades básicas dos mesmos. Surge o conflito entre salvar o paciente, evitar ou adiar a morte a todo custo, bem como o cuidar relacionado com o alívio, o controle dos sintomas e a busca de uma boa qualidade de vida.

Entre os diversos conflitos dentro da instituição hospitalar coexistem: lidar com vida e morte, bem-estar e ataque à doença, curar e cuidar (PITTA, 2003). Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável, pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado.

Este fragmento explicita esta questão:

*[...] mas no momento em que ele chega até mim, precisando que eu lhe ofereça um tratamento para que possa melhorar, ou se curar, ele se torna responsabilidade minha, e quando estas intervenções não dão certo, gera uma frustração. [...] a gente se frustra porque não conseguimos atender o objetivo do paciente e dos familiares. (P8)*

Constata-se nos vários estudos realizados por Pitta (2003), Silva (1998), expressões como “curar adoecendo” e “sentimento de vida contrariada” que pretendem refletir, ao máximo, a realidade dos trabalhadores de saúde, reforçando o quanto é difícil e carregado de sofrimento o cotidiano desses profissionais de saúde, considerando as especificidades que abarcam a clínica oncológica, o que também se percebe nessa pesquisa.

Além disso, que a impotência diante de doenças com alta letalidade e às vezes, a falta de condições de trabalho, o que inclui carência dos meios de diagnósticos eficazes, estão entre os fatores que podem influenciar no sofrimento destes trabalhadores.

O trabalhador de saúde, em seu cotidiano, lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de difícil resolução.

Muitas vezes, objetivando auxiliar e beneficiar os pacientes, o trabalhador coloca em situação de risco a sua própria saúde. Ele lida com o limite humano, com a impotência, com a evidência de que não são deuses, e que necessitam lidar com morte, a doença e a dor (SANTOS FILHO, 2009).

*[...] sofro bastante quando um paciente morre, principalmente os que tive mais contato. Fica um sentimento de querer ter feito mais, mas não tinha mais o que*



*fazer. Às vezes dá vontade de desistir também, me sinto mal algumas vezes, mesmo trabalhando com isso há algum tempo. (P2)*

*[...] às vezes, quando tenho que presenciar a morte de algum paciente que eu tinha mais contato, quando vejo os familiares pedindo para fazermos mais alguma coisa e a gente sabendo que não tem mais o que fazer, dói muito. Dá vontade de chorar, desabafar, mas nem sempre temos com quem fazer isso, nem tempo na verdade. (P7)*

Fica claro neste relato, o quanto o sofrimento dos familiares e do paciente afetam a saúde emocional do trabalhador. Este convívio com dor, perda e morte traz ao trabalhador a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar.

O contexto organizacional pode ser também um fator desestruturante e desestabilizador da saúde psíquica do indivíduo, gerando vivências de sofrimento, à medida que restringe ou extingue a liberdade de expressão de sua individualidade e a tomada de decisão, com base no não reconhecimento ou valorização do seu trabalho. Ao contrário, quando a organização do trabalho permite ao trabalhador a expressão da sua individualidade e subjetividade, propicia a elaboração e ressignificação do sentido do trabalho, por meio da transformação de situações de desgaste e sofrimento em situações de reconhecimento e prazer (BARROS; MENDES, 2003).

Segundo Carvalho e Felli (2006), entre os sintomas somáticos dos trabalhadores da saúde podem estar presentes: exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispneia, dentre tantos outros.

Os sintomas psíquicos observados são: humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse.

*[...] é muito triste quando vejo que não será possível salvar um paciente. Quando estou com um paciente grave, sentindo desconforto ou em crise, e não consigo ajudá-lo adequadamente me angustio bastante. [...] São sentimentos diversos que vivencio neste trabalho, muitas vezes fico mal. (P4)*

Quando os trabalhadores entrevistados trazem, em suas falas, as dificuldades que enfrentam diante do processo de adoecimento e evolução do câncer, do quanto a doença

assusta, percebe-se o sofrimento explícito no discurso dos mesmos ao lidar com esse contexto diário.

Dejours (2000) diz que, quando o conteúdo significativo da atividade laborativa do trabalhador gera insatisfação neste, primeiramente, ocasionará o adoecimento mental em oposição ao sofrimento resultante do provocado pelo conteúdo ergonômico, que são as condições de trabalho. Ambos podem gerar problemas somáticos no trabalhador e as falas dos entrevistados confirmam as premissas dos autores referenciados no transcorrer da pesquisa e trazem a dificuldade desses trabalhadores em lidar com essa situação diariamente, além do sofrimento psíquico que a dor do paciente ou a sua perda podem desencadear no trabalhador.

*Penso em desistir desse trabalho em alguns momentos, conviver com doença não é fácil, muito sofrimento de todos os envolvidos. Parece que somos tão fortes, mas tenho muito medo do câncer. Acho que muitos trabalhadores também adoecem em algum momento por presenciarem tanta dor, angústia e sofrimento dos pacientes e familiares. É um sofrimento emocional e, muitas vezes, no corpo também. (P5)*

*[...] quando percebemos a dor do paciente e, principalmente, quando o paciente encontra-se em fase terminal. Para mim, isso é o que gera mais sofrimento, é uma sensação de impotência, de ver que não temos mais o que fazer... é bem ruim. (P9)*

Nota-se por meio dos relatos e do que a literatura relaciona que as fortes dores, as degenerações físicas e até o desenrolar do processo de morte são inerentes ao trabalho na saúde em oncologia, evidenciando a dificuldade dos trabalhadores em lidar com as limitações que acompanham alguns quadros clínicos e que se apresentam com a sensação de incapacidade para aliviar as dores e para poder conduzir o paciente à cura.

Para Carvalho e Merighi (2005), o trabalhador está exposto diariamente ao contato com o sofrimento humano, que vai da manutenção das dores até o falecimento do indivíduo. Assim, durante as entrevistas, percebe-se que os trabalhadores têm uma noção de limitação das suas ações dentro de determinados quadros clínicos, tendo em vista que diversas vezes simplesmente aguardam o desenrolar da doença, mesmo tendo desejo de poder fazer algo a mais pelo paciente. Nesses casos, como verbalizam, resta

acolher o máximo possível o paciente e reduzir as suas dores até o momento da sua morte.

Analisando as categorias referentes ao sofrimento do trabalhador diante da sua conduta laboral, identifica-se o que a literatura reforça no sentido de que o homem procura se adaptar à organização do trabalho. Esta adaptação espontânea, em termos de economia psíquica, corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e à experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Porém, quanto mais rígida e imutável for esta organização, menos é possível a adaptação do trabalho à personalidade, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo, aumentando o sofrimento (DEJOURS, 1992).

O trabalho em saúde e as suas dimensões nos revelaram a certeza de que o sofrimento psíquico é vivenciado pelos trabalhadores que atuam nesta área. Tratam e cuidam de sujeitos que potencializam suas emoções em uma instituição que reproduz relações na maioria das vezes cristalizadas e verticalizadas, em que há pouco espaço para discussão pública que desvende e revele as dificuldades enfrentadas frente às exigências do trabalho (PITTA, 2003).

A verbalização de alguns participantes traz a angústia frente aos processos de organização dos serviços de saúde e deixa claro o peso que o trabalho tem na vida de alguns trabalhadores, especialmente no que se refere à *carga horária massante e o número de trabalhadores de saúde aquém do necessário*. Estes aspectos são apresentados a seguir:

*[...] acho muito pesado emocionalmente fazer oito horas diárias de trabalho em uma unidade oncológica. (P1)*

*[...] Na verdade, penso que estamos sobrecarregados de trabalho, [...] pois a carga horária é muito cansativa para trabalhar em oncologia, passo o dia todo aqui, isso é muito massante. ( P4)*

*É que trabalhar com pacientes com câncer não é fácil, estamos com muitos pacientes e poucos profissionais para dar conta do fluxo, por isso saímos tão cansadas. (P5)*

*[...] Falamos sempre que ficamos muito tempo aqui dentro. (P9)*

Assim, identifica-se que trabalhar intensamente, sem periodicidade para o descanso pode ocasionar desconforto e adoecimento para os trabalhadores de saúde. Assim, autores como Rodrigues e Gasparini (1992) alertam a respeito das diversas patologias que a Medicina do Trabalho vem buscando compreender nos últimos anos. E fazem igualmente uma relação entre os desgastes físicos e psicológicos e as relações de trabalho, uma vez que se essas esferas apresentam um funcionamento inadequado, podem desencadear, cada vez mais, o aprisionamento desses trabalhadores e a desatenção aos programas de prevenção e promoção da sua saúde.

Além disso, cabe destacar o que se tem na literatura de que pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida (BARROS, 2007).

No que se refere aos *aspectos relacionados ao paciente*, destacam-se *a falta de cuidado dos municípios de origem com os pacientes e a dificuldade de acesso de alguns pacientes ao tratamento*.

Segundo Oliveira (2011), a partir da Constituição de 1988, várias iniciativas jurídico-institucionais foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade, a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade.

De qualquer forma, a assistência integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de serviços diferenciados, que nem sempre estão à disposição do paciente no seu município de origem.

O fragmento da fala do trabalhador apresentada a seguir ilustra esta questão:

*[...] os municípios podem fazer, mas não querem se responsabilizar, aí acabamos tendo que demandar tempo para estes cuidados básicos e, com isso, podemos deixar de lado aqueles que precisam mais da gente. (P9)*

Observa-se, no entanto, considerando o relato de um dos trabalhadores que alguns pacientes chegam ao serviço com diagnóstico tardio, o que dificulta a qualidade de tratamento e a efetividade das condutas terapêuticas, gerando desconforto e sofrimento também para os trabalhadores que dão suporte ao paciente.

*Vivencio com muita dificuldade quando recebemos pacientes que já estão com a doença avançada, é bem complicado resultados positivos nestes casos, mas ajudamos naquilo que está ao alcance. (P2)*

A dificuldade de alguns pacientes de acesso ao tratamento foi um outro achado nesta pesquisa, o que é potencializado pela complexidade desta patologia na vida dos pacientes e seus familiares. Estas dificuldades dizem respeito também à falta de alojamento na cidade para que os familiares acompanhem os pacientes durante o tratamento.

*A gente percebe que o aumento de pacientes dificulta a permanência dos familiares nos albergues para acompanharem o tratamento. Os pacientes ficam muitas vezes perdidos e acabam não recebendo os cuidados que precisam. (P1)*

Assim, o câncer é uma doença que traz consigo muita dor, com características negativas que ultrapassam a visão meramente científica do sujeito. A construção dessa percepção da doença vem se estabelecendo muito anteriormente à entrada desses profissionais na área oncológica, na verdade, ela vem sendo estabelecida nas trajetórias do cotidiano pessoal de cada sujeito (relações intrapessoal e interpessoal) e edificando-se com os outros conhecimentos científicos apresentados no seu contexto de trabalho.

Portanto, trabalhar com pacientes portadores de câncer já é um desafio, no entanto, alguns trabalhadores relatam algumas limitações que os usuários vivenciam e que ocasionam sofrimento aos mesmos, o que se destaca no fragmento a seguir:

*Não tem como fugir do sofrimento na minha profissão, difícil presenciar as dificuldades financeiras das pessoas e limitações para acesso à saúde. (P7)*

Ainda fica evidente, a sensação de incapacidade para aliviar as dores e para poder realmente levar o paciente à cura, o que se torna mais difícil quando vivenciado juntamente com as dificuldades que esses sujeitos encontram para ter acesso ao tratamento adequado.

### 4.3 Prazer do Trabalhador de Saúde que atua em Oncologia

A seguir são apresentados os resultados relativos às situações que proporcionam prazer no cotidiano laboral dos trabalhadores de saúde que atuam em oncologia. Tais situações foram divididas em quatro categorias, quais sejam: *prazer relacionado ao bem estar dos pacientes, à função que exerce; ao reconhecimento do trabalho realizado e relacionado à organização do trabalho.*

No que tange ao *prazer relacionado ao bem estar dos pacientes*, verifica-se que o trabalhador sabe o quanto é importante seu trabalho no sentido de dar possibilidades aos pacientes de se sentirem melhores durante o tratamento, amenizando os efeitos colaterais das intervenções terapêuticas. Isso lhe traz sentimentos de prazer e permite motivação.

Siqueira Junior; Siqueira e Gonçalves (2006) referem que alguns trabalhadores, dependendo de suas experiências, podem identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, faz-se necessário a percepção do prazer e da satisfação no trabalho, visto que esse fator está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional e, conseqüentemente, com a saúde do trabalhador.

Estes fragmentos ilustram esta categoria:

*[...] momentos que são recompensadores é quando, mesmo que de uma forma pequena, sinto que meu trabalho foi de fundamental importância para a melhora da qualidade de vida ou até mesmo de morte para o paciente, aliviando um pouco a dor que sente. (P1)*

*[...] é bom ver os pacientes felizes e melhorando. (P4)*

Neste sentido, a utilização da Psicodinâmica do Trabalho como referencial auxilia neste processo, pois ela não é somente uma abordagem de pesquisa, mas também pressupõe a ação sobre o trabalho e o trabalhador (MENDES, 2007). Acredita-se nos pressupostos da teoria que dizem que o trabalho é um lugar de construção da identidade e que o maior desafio é produzir ações para modificar o destino do sofrimento.

Nesse sentido, encontramos nos fragmentos de fala de alguns entrevistados, alternativas de transformar fatores geradores de sofrimento em prazer no trabalho.

*Também gosto do meu salário. (P8)*

Entende-se, com isso, que, além de reconhecimento, de se sentir bem com o trabalho que realiza, a satisfação e o prazer no trabalho também estão ligados a aspectos como remuneração, fator também importante para que os trabalhadores consigam, a cada dia, enfrentar e vencer desafios.

O trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações promovem uma dinâmica de troca, a fim de possibilitar que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados, e conseqüentemente, o prazer. Isso está contemplado no fragmento apresentado a seguir:

*[...] o que me deixa muito contente é que nesses pacientes conseguimos ver o real sentido e a importância da alimentação para eles ficarem mais fortes durante o tratamento [...]. (P2)*

*[...] é maravilhoso ver nas pessoas que, muitas vezes, chegam angustiadas e saem com o semblante mais alegre, que é possível lutar contra a doença e viver melhor o resto de seu tempo de vida. [...] Também o trabalho em equipe, a resolutividade, o carinho, o cuidado do outro, exercer da melhor maneira possível minha profissão [...]. (P6)*

Conforme observado nos trabalhadores entrevistados, há a identificação da sua importância na vida dos pacientes os quais atende e do quanto suas orientações e prescrições podem ajudá-los na melhoria do quadro e qualidade de vida. Sentem-se felizes quando atingem o resultado esperado e conseguem vivenciar a alegria e a melhora dos pacientes.

Os resultados encontrados mostram que, apesar de trabalhar em um ambiente complexo, com múltiplas funções e com situações de saúde e sociais adversas, os sujeitos da pesquisa relataram que sentem prazer em muitas situações. Este processo retrata a importância do trabalho na vida e na saúde do sujeito.

Deste modo Dejours (1994) destacam que para se obter prazer no trabalho é necessário que ele se torne flexível, oportunizando o trabalhador utilizar suas aptidões

psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas. Cabe então, proporcionar um trabalho no qual o planejamento seja flexível e as tarefas divididas de acordo com as funções de cada membro da equipe, não existindo sobrecarga.

No que se refere *ao prazer relacionado à função que exerce*, destaca-se a ajuda aos pacientes tanto com o conhecimento científico (por exemplo, testes com novas drogas, orientações), quanto com o empenho pessoal.

Quando se fala sobre as relações saúde-trabalho, Dejours (1994) referem que o trabalho prazeroso é aquele em que o trabalhador sente-se parte importante de sua construção, sendo que o fragmento a seguir elucida nos relatos dos sujeitos entrevistados a confirmação do que a literatura nos remete a pensar.

*[... ] fico realizada quando vejo a melhora dos que fazem certinho o que eu oriento, porque o resultado positivo é visível, eles ficam mais fortes, com a imunidade melhor para enfrentar o tratamento que é muito delicado. (P2)*

*[...] sinto prazer em participar de estudos que utilizam drogas que ainda não estão no mercado [...]. (P3)*

*[...] me sinto bem fazendo o que posso no meu trabalho e sempre buscando, além de aperfeiçoamento científico, um olhar singular a cada pessoa. (P4)*

No que se refere *ao prazer relacionado ao reconhecimento do trabalho*, destaca-se as falas a seguir:

*[...] poder ver resultados positivos é muito gratificante. [...] saber que com o meu trabalho posso proporcionar aos pacientes algumas coisas como curar algumas doenças e aliviar o sofrimento em outras situações, isso que me dá prazer na minha profissão. (P7)*

A expressão demonstra tanto as vivências de gratificação profissional quanto o orgulho e a identificação destes trabalhadores com o trabalho que realizam, bem como do compromisso com os pacientes do serviço.

A dinâmica do reconhecimento no trabalho se mostra fundamental na transformação do sofrimento em prazer, porque propicia um sentido ao sofrimento,



conferindo a recompensa simbólica para o esforço, para a persistência, para a resistência ao fracasso e para a inteligência mobilizada para a solução dos problemas. De acordo com Dejours (2004), o sujeito trabalha com a perspectiva do binômio contribuição/retribuição e em troca de seu esforço, espera uma retribuição.

Indagados acerca das fontes de prazer no trabalho, os trabalhadores da área da saúde que foram entrevistados responderam que o prazer no trabalho se relaciona, não só ao fato de atuarem em uma área com a qual têm afinidade, mas também pelo reconhecimento que recebem dos pacientes e familiares e por promoverem qualidade de vida aos pacientes. Observa-se este dado no fragmento a seguir:

*[...] vejo que nosso trabalho é fundamental para que eles se sintam seguros, acreditem na melhora e lutem pela vida, neste caso me sinto feliz aqui. Sinto-me realizada ao ver um sorriso do rosto de alguém que havia deixado de sorrir por um bom tempo em função da profissão que exerço. (P5)*

Conforme Mendes (2007), o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho. A vivência de prazer e realização de si advém da possibilidade de construção da identidade do sujeito. O processo de retribuição simbólica prevê o reconhecimento singular, isto é, por outra pessoa, neste caso o paciente. É o que demonstram as expressões:

*[...] a grande maioria dos pacientes valoriza e agradece a atenção que damos para eles, o que torna gratificante o trabalho. [...] saber que posso, de alguma forma, ajudar no tratamento das pessoas com câncer. (P3)*

*Gosto muito do que faço, gosto de atender as pessoas, de ouvir suas histórias [...]. Quando agradecem pelo que fizemos, mesmo que eu saiba que é uma pequena alternativa para que se sintam melhores, mas eles valorizam bastante. (P4)*

Assim, para que o trabalho seja fonte de saúde, é necessário o reconhecimento do esforço e do investimento que o trabalhador faz em sua tarefa. Esse reconhecimento dá sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores (MENDES, 2007).

O trabalho é uma relação social, histórica e intersubjetiva, ou seja, se trabalha para dar significado à nossa vida e à sociedade em que se vive. Segundo Barros (2007), o trabalho é realizado para si, mas com repercussão nos demais. Isso demonstra o prazer proporcionado quando existe a compatibilidade entre o conteúdo da tarefa e os desejos inconscientes do trabalhador (DEJOURS, 1994).

Têm-se os exemplos nos seguintes fragmentos:

*[...] me sinto muito feliz em poder ajudar, dar o melhor do que aprendi com a enfermagem, fazer um trabalho humanizado em primeiro lugar. (P5)*

*[...] eu gosto desta área, gosto de poder ajudar o paciente, de tentar curá-lo com o tratamento adequado ou dar sobrevida melhor, qualidade de vida [...]. (P8)*

*[...] minha satisfação é pelo reconhecimento dos pacientes acerca do meu trabalho (P2)*

O trabalho pode ser fonte de prazer pela via da sublimação que oferece uma alternativa saudável e socialmente valorizada para a gratificação da pulsão (MENDES, 2007). A sublimação se relaciona ao processo de ressonância simbólica, que é fruto da articulação entre a esfera do desejo e a situação de trabalho e desenvolver um trabalho com o qual o sujeito se identifica pode torna-se uma fonte de prazer. Estes aspectos podem ser identificados no estrato de fala a seguir:

*[...] Me sinto feliz em poder atuar nessa área [...]. Além de gostar do que faço me sinto satisfeita e feliz quando vejo que os direitos desses pacientes oncológicos estão sendo respeitados. (P9)*

É fundamental que o trabalhador seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, quer seja pelos usuários e familiares, quer seja pela equipe de trabalho, pela instituição ou ainda pela sociedade. O trabalhador, através de suas competências, habilidades e até pela sua paixão e envolvimento, contribui para a organização do trabalho e para a constituição da subjetividade própria de cada um (MARTINS; ROBAZZI, 2007; MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

No que tange a outra categoria, *o prazer relacionado à organização do trabalho*, destacam-se os seguintes fragmentos:

*Acho fundamental a boa convivência com os colegas para que o trabalho ande bem, reuniões com a equipe, dá mais segurança ao trabalho e se torna mais prazeroso apesar das dificuldades que enfrentamos. (P7)*

Assim, o prazer é somente uma consequência da organização do trabalho desenvolvido coletivamente, com respeito a cada ser humano, com as características que lhe são particulares (DEJOURS, 1994).

A contribuição para o processo de saúde está na intervenção sobre a organização do trabalho, significando dessa maneira que a psicodinâmica é mais do que teoria e pesquisa, é um modo de ação sobre a realidade. Intervir na organização do trabalho “permite aos sujeitos subverter o sofrimento, transformando-o em sentido, em inteligibilidade e em ação, o que não significa anular o sentimento, mas transformá-lo no prazer da reapropriação do vivido pela ação” (MENDES, 2007, p. 43).

#### **4.4 Estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores de saúde que atuam em Oncologia**

Dejours (2004) apresenta o sofrimento como um elemento frequente no contexto de trabalho, relacionado com as regras e lógicas presentes no espaço produtivo, de modo a privilegiar a objetividade, entrando em conflito com o desejo, com a singularidade e subjetividade do trabalhador. O distanciamento entre as aspirações deste e as atividades prescritas pela organização pode desencadear sofrimento.

Nesse sentido, o mesmo autor afirma que os sujeitos não permanecem passivos diante dos sofrimentos: eles constroem estratégias defensivas, individuais ou coletivas, que funcionam como recurso para minimizar ou negar o sofrimento. O sofrimento, portanto, pode ter como consequência a criação de uma defesa, isto é, a criatividade é usada para transformar o sofrimento, aumentando a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática. Neste caso, o trabalho funciona como mediador da saúde (DEJOURS, 1994).

As estratégias individuais de defesa possuem importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência no grupo. Já as estratégias de defesa construídas

coletivamente podem levar, no mínimo, a uma cooperação entre os indivíduos. Elas contribuem para a coesão do coletivo de trabalho e um exercício do viver as adversidades em grupo, tendo um papel decisivo na estruturação do trabalho dos indivíduos (DEJOURS, 1994).

A criação de estratégias defensivas tem como objetivo preservar os trabalhadores do sofrimento, mantendo-os produtivos e atuantes diante das pressões do trabalho. Segundo Dejours (1994, 78) as estratégias defensivas modificam e levam “à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer e funcionam como retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas. De vítimas passivas, os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio.”

Dejours (1994) também refere que as defesas podem ser de proteção (resistência, racionalização, individualismo e passividade), de adaptação (resignação, controle) e de exploração.

As defesas de proteção são modos de pensar, sentir e agir compensatórios, no qual as situações geradoras de sofrimento são racionalizadas. O trabalhador consegue evitar o adoecimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização do trabalho, mantendo inalterada a situação vigente (MENDES, 2007).

Já as defesas de adaptação e de exploração, são na maior parte das vezes inconscientes, têm nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção. O trabalhador mantém a produção através da direção dos seus modos de pensar, sentir e reagir somente para atender ao desejo da produção, não levando em conta seus desejos. Estas defesas exigem do trabalhador um investimento físico e sociopsíquico para além do seu desejo e capacidade proporcionando-lhe um comportamento neurótico (MENDES, 2007).

As estratégias defensivas desenvolvidas pelos trabalhadores têm como objetivo dar conta do serviço, tentando manter em equilíbrio as angústias do dia-a-dia. “Não se trata de evitar a doença, o problema é domesticá-la, contê-la, controlá-la, viver com ela” (Dejours, 1992).

Tendo em vista o objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores de saúde que atuam em Oncologia, compreendendo a importância de avaliar essas estratégias de enfrentamento presentes na vida dos trabalhadores pesquisados, optou-se por dividi-las e trabalhá-las separadamente em estratégias *individuais* e *coletivas*, de modo que possamos entender acerca dessas vivências e associá-las ao que a literatura nos remete.

Dentre as *estratégias individuais* para enfrentamento do sofrimento no trabalho, destacam-se: *a necessidade dos trabalhadores de se afastarem do seu cotidiano de trabalho; evitar o envolvimento afetivo com o paciente e a valorização do trabalho que desempenham.*

Com relação à *necessidade dos trabalhadores de se afastarem do seu cotidiano de trabalho*, é possível que isso ocorra tendo em vista que o seu horário de trabalho consome, no mínimo, oito horas diárias. Este tipo de estratégia possibilita com que os trabalhadores fiquem mais fortalecidos para desenvolverem suas tarefas e acreditarem que tem melhor efeito no sentido de bem estar.

Isso se evidencia nos fragmentos a seguir:

*Ah, evito falar do trabalho em casa, com meus filhos e familiares. (P4)*

*Não levo problemas do trabalho para dividir em casa com a família, pois o lar é sagrado. (P6)*

Embora o trabalhador tente esquecer e fazer a cisão entre a vida profissional e pessoal foi possível observar que esta tentativa pode ser frustrada, pois como se observa, isso nem sempre se torna fácil de realizar.

*Tento não pensar nos problemas do trabalho quando saio do hospital. (P2)*

*Depois que saio do trabalho, procuro outras atividades que me façam feliz, junto com as pessoas que amo. (P3)*

*Claro, têm dias difíceis, aqueles dias que passamos por situações mais delicadas no trabalho, aí vejo que fico mais quieta, pensativa. (P5)*

Outra estratégia de enfrentamento presente nas falas de alguns entrevistados está ligada ao fato de *evitar o envolvimento afetivo com o paciente*. É o controle do sofrimento, em um movimento de luta contra a ruptura do equilíbrio psíquico e, conseqüentemente, da doença (DEJOURS, 2004) e que possibilitam a vivência do prazer no trabalho realizado além da busca na efetividade das condutas realizadas.

*No trabalho, em situações de dor ou de morte, tento não me envolver afetivamente, não absorvendo esses sentimentos que possam me trazer tristeza. (P3)*

*[...] antigamente me sentia mais culpada quando não conseguia salvar uma vida, me sentia impotente, mal, mas hoje avalio tudo com mais maturidade e cuidado muito das minhas questões emocionais para não misturar as coisas, isso ajuda muito. (P7)*

Para tanto, o trabalhador de saúde precisa apropriar-se do sentido de seu trabalho e esforçar-se para compreender sua realidade laboral. Para isso, os trabalhadores desse estudo referem também, como modo de defesa, que *é a valorização do trabalho que desempenham*, a fim de equilibrarem-se emocionalmente. Diante do sofrimento, realizam uma reflexão sobre a importância do seu trabalho para as pessoas que assistem. É o que se percebe nos fragmentos a seguir:

*[...] milagres a gente não faz, mas procuramos fazer o melhor enquanto eles estão com a gente, [...] penso que faço o melhor que eu posso pelo nosso paciente. (P2)*

*De qualquer forma, considero que algumas situações conflitantes são pertinentes da oncologia, então é necessário se adaptar e conviver da melhor maneira possível e sei que minha função é importante e que faço o melhor pelo paciente. (P4)*

Diante dos relatos, percebe-se que o convencimento de que prestou um bom atendimento ao paciente atenua o sofrimento do trabalhador e minimiza as pressões vivenciadas por ele no contato diário com a dor e a morte, restabelece seu equilíbrio emocional e possibilita que este dê continuidade ao seu trabalho.

Assim, compreende-se a partir da descrição realizada por Mendes, que tais defesas estão agrupadas na medida em que se complementam, pois o trabalhador, ao usar a estratégia de adaptação, negando seu sofrimento para se manter produtivo, indispensavelmente, passa a utilizar também a estratégia de se deixar explorar.

A seguir, serão apresentadas as *estratégias coletivas* utilizadas pelos trabalhadores no sentido de se protegerem do sofrimento que o trabalho em oncologia

pode acarretar. Dentre as estratégias coletivas destacam-se: *a necessidade de encontros grupais que são operacionalizados através da realização regular de reuniões de equipe e o convívio com amigos e familiares.*

Considerando os resultados obtidos na pesquisa e agregando ao que a literatura apresenta, destaca-se Cardoso (2004) que refere como uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades no trabalho, a realização regular de reuniões de equipe. Neste encontro, além de se discutirem aspectos mais objetivos do trabalho, haveria também espaço para que os membros expusessem suas experiências de natureza mais qualitativa, interacional ou subjetiva. É o que se identifica nos fragmentos a seguir:

*[...] acabo dividindo minhas angústias e tristezas com a equipe, principalmente com as colegas mais próximas, [...] fizemos reuniões da equipe também para desabafar um pouco e relatar situações que ficamos com dúvidas e angustiados. (P2)*

*Em algumas situações são os colegas mais próximos que nos dão suporte, tanto profissional quanto emocional, porque somos, antes de tudo, seres humanos e tratamos de seres humanos, precisamos sim nos envolver e confortar quem precisa, mas depois nos reorganizar e seguir em frente para lidar com as próximas situações que virão. Considero muito importante uma equipe integrada, que interage, em muitos momentos nos apoiamos uns nos outros e com isso trabalhamos melhor, conseqüentemente o resultado para o nosso paciente também será diferenciado. (P4)*

*Converso com os colegas, procuramos ajudar uns aos outros dentro do serviço. (P5)*

*[...] procuro debater alguns casos complicados com outros colegas para não me angustiar [...]. (P8)*

Percebe-se que, de acordo com o que a literatura aponta, dividir as angústias e falar sobre o trabalho com os colegas faz parte dos mecanismos gerais usados por muitos trabalhadores de saúde no sentido de tentar fugir do sofrimento que vivenciam

no ambiente de trabalho. Como defesa, os trabalhadores mostram-se em condições de falar sobre as angústias que o trabalho lhes provoca através do desabafo com colegas.

Ainda, como estratégia de defesa, os trabalhadores também encontram *convívio com amigos e familiares* uma outra forma de evitarem o sofrimento advindo do trabalho e acredita-se que seja eficiente no sentido de promover bem estar ao trabalhador

Temos no relato a seguir:

*[...] procuro sair com amigos, não pensar em doença fora do trabalho, se bem que às vezes tenho medo de sentir qualquer tipo de dor, medo de ficar doente.*  
(P9)

Além disso, os resultados do estudo evidenciam que as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde que atuam em oncologia, por serem complexas, exigem esforços psíquicos dos mesmos.

O fato de interagirem com pacientes, familiares, uma equipe composta por diversas especialidades e especificidades além dos conflitos do cotidiano, mobiliza emoções e favorece a adoção de estratégias de defesa que possam atuar como facilitadoras no desempenho de suas funções e na luta contra o sofrimento diante das complexidades da oncologia, motivando-os a seguir em frente.

Neste sentido, os trabalhadores de saúde necessitam desenvolver habilidades e criar um ambiente de trabalho favorável para atender os pacientes com câncer, o que irá contribuir para uma assistência mais adequada e maior qualidade de vida no exercício laboral.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi analisada a relação entre contexto de trabalho, as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam em oncologia.

O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde que atua em oncologia pode desencadear sentimentos ambíguos, ora ele pode colaborar para vivências de prazer ora para vivências de sofrimento. Isto se dá porque há possibilidade de ser útil enquanto servem, ajudam e confortam. Porém, ao se deparar com o sofrimento alheio, com a morte, com a dor e/ou situações difíceis de serem superadas, o trabalhador também sofre. Além disso, o fato desses trabalhadores terem sido preparados, nos cursos de graduação, para salvar vidas, o que muitas vezes não ocorre, gera vivências de sofrimento. É importante, então, que os trabalhadores entendam que o sofrimento e o prazer são sentimentos dialéticos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a promoção da saúde dos mesmos e para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O fato de trazer à luz as dificuldades e problemas existentes neste local de trabalho possibilita que os trabalhadores repensem suas ações, criando novas alternativas e possibilidades na prática dos mesmos contribuindo, desta forma, para uma melhoria da qualidade da assistência aos pacientes.

Para tanto, iniciou-se esta pesquisa conhecendo o trabalho real dos trabalhadores da saúde e, gradativamente, foi-se inserindo no cotidiano e compreendendo suas subjetividades. Tinha-se o desejo de compreender não só o que propiciava prazer, mas também o sofrimento, pois se acreditava que tanto o trabalho como a vida produz esta dualidade. Sob o olhar de alguns autores que sinalizaram este estudo, o equilíbrio do trabalhador é alcançado através do ajuste entre prazer e sofrimento, mediados pelas estratégias defensivas elaboradas individual e coletivamente pelos trabalhadores.

Assim, no presente estudo ficou evidenciado que o trabalho, na visão da psicodinâmica do trabalho dejouriana, está diretamente relacionado com as situações vivenciadas na realidade cotidiana dos trabalhadores, sendo que a forma de organização do trabalho deve estar pautada na flexibilidade.

Para que ocorra a estabilidade desta relação, deve-se permitir a evolução e as transformações, pois se as formas de organização do trabalho forem bloqueadas, travadas ou cristalizadas, podem impedir o crescimento dos trabalhadores, ocasionando

o surgimento de ineficiências no trabalho, conflitos, tensões, estresses, sentimentos de sofrimento, dentre outros.

Por outro lado, se a relação do homem com o processo organizacional das atividades for favorável, o trabalho pode proporcionar vivências de prazer. Porém, para que isso ocorra é necessário que as atividades correspondam às aspirações do trabalhador e que propiciem maneiras de expressar a subjetividade, participando da organização do processo de trabalho, modificando-o, para que atenda às reais necessidades de todos os envolvidos nesse processo.

O interesse deste estudo, portanto, não se detém apenas na efetivação de um trabalho científico em si, mas também na construção de um corpo de conhecimentos sobre os significados que o trabalho tem para os trabalhadores, estimulando propostas para melhorar as condições de trabalho dos pesquisados.

Acredita-se que o conhecimento só se efetiva quando produz mudanças/ação e é isso que motivou neste estudo.

O conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o trabalho em um sentido mais prazeroso e colaborativo e, conseqüentemente, mais humano. Podem, assim, evitar doenças quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao trabalho. Acredita-se que esta reflexão teórica, pautada na psicodinâmica do trabalho, possa colaborar para elucidar e/ou reafirmar a importância dos processos organizativos do trabalho dentro das organizações que envolvem a equipe de saúde, em especial, por considerar os aspectos relacionados à intersubjetividade e à história singular de cada ser humano.

Dentre as limitações deste estudo destacam-se, por exemplo, a subjetividade expressa pelos pesquisados, a interpretação singular de cada trabalhador de saúde sobre seu trabalho, o momento de inquietude funcional, dentre outros. No entanto, acredita-se que se avançou no sentido de compreender o trabalho realizado por esses sujeitos, as situações geradoras de prazer e de sofrimento no trabalho, bem como as estratégias defensivas construídas e utilizadas por eles.

Acredita-se que tanto os trabalhadores de saúde pesquisados como a pesquisadora tiveram a possibilidade de refletir sobre seu processo de trabalho e também da importância destes momentos para a vida do trabalhador.

Em âmbito acadêmico, a pesquisa aproximou-se de outros estudos, reforçando a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho aplicada a trabalhadores que atuam na área da

saúde, a fim de compreender a relação do trabalho com o trabalhador, ou seja, almeja-se que os resultados deste estudo venham a auxiliar na sensibilização das instituições formadoras de trabalhadores de saúde na graduação e na pós-graduação, no que tange a necessidade de se abordar questões referentes a este tema.

Em âmbito institucional, espera-se contribuir para a discussão e a criação de espaços coletivos e de suporte organizacional para auxiliar na compreensão das vivências, em especial aquelas geradoras de sofrimento para o trabalhador.

Finalizando, se destaca que medidas de promoção à saúde dos trabalhadores que atuam em oncologia devam ser adotadas, visando promover a satisfação no trabalho, considerada um importante fator interveniente na saúde dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

ABREU, L. O.; MUNARI, D. B.; QUEIROZ, A. L. B.; FERNANDES, C. N. S. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, vol. 58, n. 2, p. 203-207, 2005. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=483](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=483)>. Acesso em: 17/09/2011.

BARBOSA, R. C. M, XIMENES, L. B, PINHEIRO, A. K. B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, vol. 17, n. 1, p 18-24, 2004.

BARROS, M. E. B. Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: UNIJUÍ, 2007 (Coleção saúde coletiva).

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, v. 8, n. 1, p. 63-70, jan./jun. 2003.

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. C. S.; CARVALHO, G. R. P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BRANT, L. C.; GOMEZ, C. M. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.213-223, 2004.

BRASIL. **Lei nº 3535**, de 02 de setembro de 1998. Dispõe sobre a reorganização, reorientação e acompanhamento da assistência oncológica no Brasil. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/portaria\\_3535.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/portaria_3535.pdf)> Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 15 set. 2011.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.10, n.4, out./dez. 2005.

CARDOSO, C. L. O aís na equipe do programa saúde da família: relações interpessoais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 2004.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.14, n.1, jan./feb. 2006.

CARVALHO, M.V.B.D.; MERIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Revista latinoam enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13 n. 6. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 10 nov. 2011.

CLARK, J. C.; Mc GEE, R. F. **Enfermagem oncológica: um currículo básico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, vol. 56, n. 3, p. 310-314, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 2º ed. São Paulo: Atlas, v. 1, 1993.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **A violência invisível**. (Entrevista) **Caros amigos**, maio, 1999.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção.**, v. 14, n. 3, p. 27-34, Set./Dez.2004.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 97-108, 2001.

FONSECA, S. M. **Manual de quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2000.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LIMA, M. E. A. **A pesquisa em saúde mental e trabalho**. In: A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade & W. Codo (Orgs.), **Trabalho organizações e cultura** (p. 49-59). São Paulo: Capital, 2003.

LOPES, V. L. B. **Doutor, estou com câncer? conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas**. 2. ed. Porto Alegre: Age, 2005.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; PLATH, G. A. Satisfacción e insatisfacción entre auxiliares y técnicos de enfermería de una unidad de ingreso femenina de um

hospital escuela. **Rev. Cienc. Enferm.**, Concepcion (Chile), v. 13, n. 1, p. 25-33, jun. 2007.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENEZES, M. F. B., CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Rev Latinoam de Enferm.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 442-447, 2006.

MERLO, Á. R. C. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho leituras**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2007.

NOBREGA, T. C. M. **Peculiaridades do Idoso com Câncer**. São Paulo: Oncoguia, 2011. Disponível em:  
<<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=117&id=2451&menu=2>>. Acesso em: 16/08/2011.

OLIVEIRA, L. M. B. O direito dos pacientes com câncer ao fornecimento de medicamentos pelo SUS. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 16, n. 2834, abr. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/18832>>. Acesso em: 03 out. 2011.

OLIVEIRA, E. A. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 38, n. 1, 2005. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/10\\_intervencao\\_junto\\_familia\\_paciente\\_alto\\_risco.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/10_intervencao_junto_familia_paciente_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 09.

INSTITUTO ONCOGUIA. Disponível em:  
<<http://www.oncoguia.com.br/site/index.php>>. Acesso em: 23/10/2011.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B, NEMES, M. I. B, MENDES-GONÇALVES, R. B, organizadores. **Saúde do adulto, programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, p. 234-250, 2004.

PINHO, M. S. L. Anticorpos Monoclonais no Tratamento do Câncer Colorretal: Fundamentos e Estado Atual. **Rev Bras Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 382-384, 2004.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5 ed. São Paulo: Annablume, 2003.

RAMALHO, M. A. N; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 123-132, jan./abr. 2007.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 07 nov. 2010.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perigos Potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 12, n. 3, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. **Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática:** via estresse e trabalho. In: \_\_\_\_\_ MELLO FILHO, J. et al. *Psicossomática Hoje*. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

SILVA, V. E. F. O desgaste do profissional da enfermagem: relação trabalho da enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 51, p. 603-614, 1998.

SIQUEIRA JUNIOR, A. C., SIQUEIRA, F. P. C., GONÇALVES, B. G. G. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**, v. 10, jan./mar., 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, J. P. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc. Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, p. 253-259, 2010.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica:** el proceso de la relación de persona a persona. Carvejal: Cali, 1979.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A****DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA  
ONCOLOGIA****INSTRUMENTO N° \_\_\_\_\_**

1. Sexo:  Feminino  Masculino
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado civil:  Solteiro  Casado/companheiro  
 Separado/divorciado  viúvo
4. Possui filhos?  Sim ? Quantos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_  
 Não
5. Tempo de serviço no setor:  01 - 05 anos  
 06 - 10 anos  
 mais de 10 anos
6. Você escolheu trabalhar neste setor?  
 Sim  Não
7. Outro dado que deseje informar: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Gostaria que falasse um pouco sobre seu trabalho.
2. Como se sente trabalhando com pacientes oncológicos?
3. O que te dá prazer no trabalho?
4. O que é motivo de sofrimento no trabalho para você?
5. O que te motiva trabalhar nesta unidade?
6. Como você lida com as dificuldades no trabalho?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### **Projeto de Pesquisa: TRABALHADORES DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA: PRAZER, SOFRIMENTO E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

Coordenadora da Pesquisa: **Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck**

**Eu,** ..... informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que a pesquisa “Trabalhadores de saúde do serviço de oncologia: prazer, sofrimento e estratégias defensivas”, coordenado pela Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, tem como objetivos traçar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de equipes de oncologia; conhecer o trabalho desenvolvido pelo profissional; identificar as situações geradoras de prazer no trabalho; identificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho; descrever as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento no cotidiano laboral.

A justificativa para a realização desta pesquisa está na intenção de conhecer mais profundamente o trabalho dos profissionais que atuam em clínica oncológica, identificar o prazer e o sofrimento no trabalho, e, a partir dele, as estratégias defensivas utilizadas. As informações serão fornecidas através de uma entrevista semi-estruturada. Estas informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros colegas, de modo que não serei identificado.

Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade. Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes e
- Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos.

Data: \_\_\_/\_\_\_/2011.

---

Nome e assinatura do informante

Nome do pesquisador e assinatura

Carmem Lúcia Colomé Beck .....

Departamento em que trabalha: Enfermagem (55) 3220 8263

**Para maiores informações:**

- **Estefânia Cazarolli.** Tel: (55)91665747; e-mail: ecazarolli@hci.org.br;

- **Profa. Dra. Carmem L. C. Beck.** Tel: (55)32208263; e-mail: carmembeck@smail.ufsm.br

Para dúvidas ou considerações sobre a ética na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 Santa Maria-RS. Tel: (55)3220 9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

**OBS.:** este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador outra para o participante.

**APÊNDICE D****TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Trabalhadores de saúde do serviço de oncologia: prazer, sofrimento e estratégias defensivas.

**Pesquisadora orientanda:** Estefânia Cazarolli

**Pesquisador responsável (Orientadora):** Carmem Lúcia Colomé Beck

**Instituição/Departamento:** Centro de Ciências Sociais e Humanas

**Telefone para contato:** 55 96745401 (Carmem Lúcia Colomé Beck)

**Local da coleta de dados:** Hospital de Caridade de Ijuí-RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada a ser realizado com os Trabalhadores de Equipe de Oncologia. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade de Estefânia Cazarolli em sua casa por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, .....de .....de 2011.

*Carmem Lúcia Colomé Beck*  
*RG: 3016441473*

*Estefânia Cazarolli*  
*RG:2066548658*