

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRAZER E SOFRIMENTO  
DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM  
EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Viviani Viero**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**





# **PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

**Viviani Viero**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Profa. Dra. Enfa. Carmem Lúcia Colomé Beck**  
**Coorientadora: Profa. Dra. Enfa. Teresinha Heck Weiller**

**Santa Maria, RS, Brasil**  
**2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Viero, Viviani

Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica / Viviani Viero.-2014.  
184 p.; 30cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientadora: Teresinha Heck Weiller

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Saúde do Trabalhador 3. Serviço Hospitalar de Oncologia 4. Pediatria I. Beck, Carmem Lúcia Colomé II. Weiller, Teresinha Heck III. Título.

---

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Viviani Viero. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte. E-mail: viviviero@homail.com.

---

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

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

**PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DE  
ENFERMAGEM  
EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

elaborada por  
**Viviani Viero**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**Comissão Examinadora:**



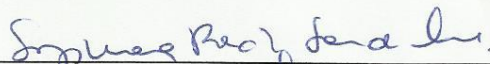
**Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra.**  
(Presidente/Orientadora)



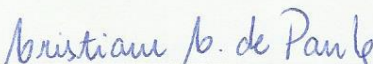
**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)



**Daiane Dal Pai, Dra. (UFRGS)**  
(1ª Examinadora)



**Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)**  
(2ª Examinadora)



**Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)**  
(Suplente)

Santa Maria, 26 de março de 2014



## **Chegou a hora de agradecer...**

Primeiramente, gostaria de agradecer a **Deus** por todas as oportunidades que pôs em meu caminho, pela força para superar os momentos difíceis, os quais não foram poucos durante esta trajetória e por colocar pessoas especiais ao meu lado, que me apoiaram e ajudaram de diversas formas.

Uma dessas pessoas é meu esposo **Alex**, que me ensinou o significado do amor incondicional e esteve ao meu lado sempre, tanto nos momentos bons quanto nos tristes... Aguentou firme e forte meus ataques de estresse, minha tagarelice e empolgação querendo falar dos dados da dissertação, assim como minhas ausências e desatenções... Você tornou esta caminhada mais fácil, com sua compreensão, carinho, amizade e apoio... Não há palavras suficientes para agradecer... Mas, tenho certeza de que não teria chegado aonde cheguei se você não estivesse comigo, portanto esta conquista também é sua, ou melhor, é nossa. Compartilhamos nossa vida por inteiro! Você é muito especial para mim, é mais que meu marido, é um amigo, companheiro, ouvinte, conselheiro e meu eterno namorado... Seu amor me inspira e é por isso que lhe amo cada vez mais e quero passar todos os meus dias com você! Obrigada por tudo amor!

Neste momento, também não poderia deixar de agradecer aos meus familiares, especialmente aos meus pais **Maria Laury Viero** e **Dionicio Veduim Viero** (*in memoriam*), que além de me proporcionarem o dom da vida, ensinaram valores e me guiaram até que eu pudesse caminhar sozinha. Vocês foram a base de tudo, de quem eu sou e dos meus sonhos. Devo muito a vocês! Infelizmente, meu querido pai não está mais aqui fisicamente para me ver realizando esta conquista, mas acredito que deve estar olhando e torcendo por mim lá de cima, sorrindo com orgulho. Sempre sentirei saudades suas! Sei que este último ano não foi fácil para nossa família, houve momentos que pensei que não conseguiria seguir em frente, mas não passamos nada nesta vida por acaso e há sempre a promessa de dias mais felizes.

Agradeço também imensamente a minha orientadora **Carmem Lúcia Colomé Beck**, que se mostrou além de uma excelente professora e um exemplo de profissional, uma verdadeira "mãe adotiva", recebeu-me de braços abertos desde a seleção do mestrado e sempre teve as palavras certas para dizer, fossem de consolo ou de motivação! Com você aprendi muitas lições que levarei para o resto da minha vida! Espero que possamos continuar nossa parceria por muito tempo!

Agradeço ainda a professora **Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini** que me acompanhou na Docência Orientada, a qual também me acolheu e ensinou muito, na teoria e na prática, a como ser uma grande mestra!





Meu muito obrigada também a minha coorientadora **Teresinha Heck Weiller** pelos ensinamentos e incentivo, às professoras da banca **Suzinara Beatriz Soares de Lima, Cristiane Cardoso de Paula e Daiane Dal Pai** pelo tempo que dispuseram e pelas contribuições que, certamente, enriquecerão este trabalho e aos **demais professores do PPGEnf**, os quais também colaboraram muito na minha formação, especialmente à **Rosângela Marion**, parceira nesta última etapa de conclusão deste trabalho. Obrigada a todos!

Igualmente, quero agradecer aos meus colegas de mestrado, principalmente aqueles que se tornaram grandes amigos nesta jornada: **Paula Hübner Freitas e Marcelo Nunes da Silva Fernandes!** Com vocês pude compartilhar tensões, medos, angústias, mas também muitas risadas e conversas!!! Ambas são pessoas muito especiais, que levo no coração! Agradeço ainda aos **colegas do grupo de pesquisa** pela amizade, companheirismo nos congressos e conhecimento adquirido em conjunto... Nossas sextas-feiras sempre foram muito produtivas e agradáveis!!! E, sem poder esquecer, agradeço imensamente às minhas auxiliares de pesquisa durante os Grupos Focais: **Alexa Pupiará Flores Coelho, Tais Falcão Gomes e novamente Paula Hübner Freitas!** Obrigada por acordarem cedo e me ajudarem em tudo, principalmente a carregar aquele monte de sacolas e diminuir a minha ansiedade pré-grupo!

Agradeço aos meus amigos de longe e de perto que, de alguma forma ou outra, me apoiaram e se fizeram presentes nesta caminhada e as minhas **queridas colegas de trabalho do HUSM** - e grandes amigas - que entenderam a minha ausência em muitos momentos e com as quais sempre pude contar! Espero poder retribuir toda a ajuda e carinho que sempre recebi de vocês! Obrigada pessoal!

E, por fim, agradeço especialmente aos **trabalhadores de enfermagem participantes** desta pesquisa, que concederam um pouco do seu precioso tempo e se dispuseram a compartilhar suas falas comigo... Sem vocês este trabalho seria impossível de se concretizar! Saibam que os considero exemplos de trabalhadores dedicados e comprometidos com o cuidar em oncologia pediátrica!

Assim, chego ao fim desta etapa, que é a tão sonhada conclusão do Mestrado, com a sensação de dever cumprido, com uma bagagem muito maior do que quando ingressei e com a vontade de continuar trilhando o caminho do mundo acadêmico. Espero que agora, como Mestre em Enfermagem, eu possa contribuir cada vez mais com o crescimento desta profissão que escolhi e que me escolheu!

**"A felicidade não está no fim da jornada, e sim em cada curva do caminho que percorremos para encontrá-la"** (autor desconhecido).



## RESUMO

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

### **PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

AUTORA: VIVIANI VIERO

ORIENTADORA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

COORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 26 de março de 2014.

O trabalho da enfermagem é marcado por exigências e singularidades, especialmente na área da oncologia pediátrica. Assim, este estudo objetivou compreender as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem atuantes nessa especialidade; conhecer a dinâmica de trabalho na qual estão inseridos e identificar as estratégias defensivas utilizadas frente ao sofrimento no trabalho. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 20 trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica de um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de fevereiro a maio de 2013. Foi empregada a observação simples, um questionário para levantamento de dados sociodemográficos e o Grupo Focal, o qual totalizou quatro sessões. Para análise dos dados do questionário utilizou-se a estatística descritiva, sendo realizada a caracterização dos participantes. Os dados do Grupo Focal foram compreendidos por meio da análise de conteúdo, buscando-se a construção de categorias temáticas representativas do fenômeno analisado e fazendo-se aproximações com o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. As observações totalizaram 60 horas e auxiliaram na descrição da dinâmica de trabalho e para reflexões acerca do objeto de investigação. O estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número 11366112.5.0000.5346. Os participantes da pesquisa foram em sua maioria mulheres, com filhos, enfermeiras, na faixa etária de 26 a 56 anos, apresentando um tempo de serviço na enfermagem relativamente grande, a maioria pós-graduada, com turno de trabalho diurno e sem outros vínculos empregatícios. Quanto aos eixos temáticos resultaram três: Entre o trabalho real e o trabalho prescrito, o qual abordou a dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, as singularidades do trabalho com a criança e da equipe de enfermagem; Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, no qual o sofrimento apareceu associado à assistência a criança; ao convívio com os familiares desta e às questões da organização do trabalho; ao passo que o prazer foi vinculado ao cuidado da criança; reconhecimento do trabalho; relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho e equipe e estar tudo bem no ambiente laboral; e, por fim, o eixo temático Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, o qual aborda o emprego de estratégias direcionadas ao sofrimento no início da assistência; frente às recidivas, manejo paliativo e morte e outras estratégias gerais. Esses resultados podem servir para a proposição de ações interventivas no intuito de prevenir possíveis riscos e agravos à saúde dos trabalhadores, a partir da construção de um corpo de conhecimentos que auxilie na sensibilização quanto à temática em âmbito acadêmico e institucional.

**Descritores:** Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Serviço Hospitalar de Oncologia. Pediatria.



## ABSTRACT

Dissertation of Master  
Program of Post-Graduation in Nursing  
Federal University of Santa Maria

### PLEASURE AND SUFFERING OF NURSING WORKERS IN PEDIATRIC ONCOLOGY

AUTHORESS: Viviani Viero  
MASTERMIND: Carmem Lúcia Colomé Beck  
CO-SUPERVISOR: Teresinha Heck Weiller  
Date and Place of Defense: Santa Maria, March 26<sup>th</sup>, 2014

The nursing work is highlighted through requirements and singularities, especially in pediatric oncology area. In this way, this study aimed to comprehend the livings of pleasure and suffering of nursing workers who act in this specialty; to know the dynamic of work in which they are inserted and identify the defensive strategies used in front of the suffering at work. It is an exploratory, descriptive study, with qualitative approach, performed with 20 workers of nursing who act in pediatric oncology from a teaching hospital in the countryside of Rio Grande do Sul, in the period of February to May of 2013. It was used the simple observation, a questionnaire to socio-demographic data collection and the Focal Group, which totalized four sessions. To the analysis of data from the questionnaire it was used the descriptive statistic, being performed the participants' characterization. The data from Focal Group was analyzed through analysis of content, aiming the construction of thematic representative categories of the analyzed phenomenon, and doing itself approaches with the theoretical framework of Psychodynamics of Work. The observation totalized 60 hours and helped in the description of work dynamics and to reflections about the investigation object. The study attended to the Resolution 196/96 from Conselho Nacional de Saúde, with Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, under the number 11366112.5.0000.5346. The participants of research were at the most women, with kids, nurses, between 26 to 56 years old, with a time of service in nursing relatively large, at the most post-graduated, with a day job and no other employments. About the thematic axis, it is resulted three: Between the real work and the prescribed work, which approached the work dynamic of nursing in pediatric oncology, the singularities of work with children and the nursing staff; Pleasure and suffering of nursing workers in pediatric oncology, in which the suffering appeared associated to the assistance to the child; to the living together, with family of this and the questions about work organization; while the pleasure was bound to the child care; recognition of work; interpersonal relationship with colleagues of work and staff and being everything okay at workplace; and, by the end, the thematic axis Defensive strategies used in front of the suffering at the nursing work in pediatric oncology, which approaches the strategies focus on the suffering in the beginning of the assistance; in front of relapses, death and palliative management and other general strategies. These results can serve to the preposition of interventional actions in order to prevent possible risks and health hazards to workers, from building a body of knowledge to assist in raising awareness about the issue in academic and institutional framework.

**Descriptors:** Nursing. Occupational Health. Oncology Service, Hospital. Pediatrics.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Problema da pesquisa .....	20
1.2 Objetivos.....	20
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
2.1 O câncer infantil: epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamentos empregados	21
2.2 Enfermagem em oncologia pediátrica .....	27
2.3 Psicodinâmica do Trabalho .....	30
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	37
3.1 Tipo de estudo .....	37
3.2 Caracterização do campo de estudo .....	38
3.3 Participantes do estudo .....	39
3.4 Coleta dos dados.....	39
3.4.1 Questionário de levantamento de dados sócio-demográficos .....	40
3.4.2 Observação simples.....	40
3.4.3 Grupo Focal .....	41
3.5 Análise de dados .....	48
3.5.1 Dados sócio-demográficos .....	48
3.5.2 Observação simples.....	48
3.5.3 Grupo Focal .....	49
3.6 Considerações éticas.....	51
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	53
4.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos trabalhadores participantes da pesquisa .....	53
4.2 Entre o trabalho real e o trabalho prescrito.....	63
4.2.1 A dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica .....	63
4.3 Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica .....	76
4.3.1 Prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica.....	77
4.3.2 Sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica .....	91
4.4 Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica .....	129
4.4.1 Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento gerado no início da assistência à criança com câncer.....	130
4.4.2 Estratégias defensivas gerais empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica .....	131
4.4.3 Estratégias defensivas empregadas frente às recidivas, manejo paliativo e morte em oncologia pediátrica .....	148
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	154



<b>REFERÊNCIAS</b> .....	160
<b>APÊNDICES</b> .....	174
<b>Apêndice A – Questionário de levantamento de dados sócio-demográficos</b> .....	175
<b>Apêndice B – Roteiro para observação</b> .....	176
<b>Apêndice C – Guia de temas do Grupo Focal</b> .....	177
<b>Apêndice D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b> .....	178
<b>Apêndice E – Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados</b> .....	180
<b>ANEXOS</b> .....	181
<b>Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	182

# 1 INTRODUÇÃO

Ornellas e Monteiro (2006) defendem que o trabalho humano tem assumido diversas dimensões no decorrer da história, sendo visto, inicialmente, como atividade penosa e árdua realizada pelos escravos, sentença condenatória dos guerreiros vencidos por outros povos, labor de pessoas com condições sociais desfavorecidas ou ainda como castigo dos deuses. Grande parte dessas transformações no mundo do trabalho se deve à Revolução Industrial ocorrida nos séculos XVIII e XIX, a qual abarcou modificações ideológicas, econômicas e sociais que transformaram uma sociedade exclusivamente agrária em industrial e urbana (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Assim, na atualidade, o trabalho ocupa destaque e centralidade na vida dos homens. Corroborando com essa ideia, Marques (2010, p. 7) refere que “o trabalho é central na vida, na formação da identidade do trabalhador, perpassando todos os espaços de sua existência e da sociedade, abrangendo a questão social, econômica, política e da saúde”.

Do mesmo modo, Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) assinalam que o trabalho é cada vez mais significativo na vida das pessoas, conferindo identidade e podendo caracterizar-se como fonte de prazer e bem-estar ou acarretar problemas de saúde. Beck (2001) destaca que o trabalhador, em variadas situações, concebe o trabalho como dual, isto é, pode ser realizador ou castrador, criativo ou aniquilador, prazeroso ou enlouquecedor tendo, cada forma, consequências mais ou menos importantes sobre a vida cotidiana.

Dessa forma, o trabalho pode ser gerador de sentimentos diversos, ora sofrimento, ora prazer, mas nunca é neutro em relação à saúde, pois favorece seja a doença ou a saúde (DEJOURS, 2011a). Nesse sentido, entende-se o trabalho como fonte geradora de prazer e sofrimento ao ser humano e torna-se de suma importância pensar na saúde do trabalhador.

Conforme a Lei 8.080 de 1990 compreende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos sobrevividos das condições de trabalho (BRASIL, 1990). Convém ressaltar que nessa concepção são levados em conta não somente determinantes físicos, mas também psicológicos, os quais podem ser tão nocivos quanto os primeiros para a saúde dos trabalhadores.

De acordo com Mendonça e Mendes (2004, p. 123)

a saúde no trabalho é vista como expressão de uma integridade física, psicológica e social marcada pela vivência de prazer e sofrimento no trabalho, pela utilização de mediações capazes de mobilizar os trabalhadores em busca de uma relação mais gratificante com o trabalho e ainda pela dinâmica de reconhecimento no trabalho, elemento essencial do processo de construção da identidade do trabalhador no campo social.

É importante salientar que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo que demanda também pensar no cuidado de quem cuida, pois o trabalhador, quando satisfeito, vivencia seu trabalho com prazer, o que pode repercutir positivamente nas atividades que realiza. Assim como, quando em sofrimento, pode ter dificuldade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de modo negativo no cuidado em saúde (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Os autores acima citados salientam que no ambiente de trabalho é onde se passa grande parte da vida, o que pode interferir nas relações do indivíduo e de sua família. Essa dimensão relacional reflete na saúde mental do trabalhador e determina o modo como realiza suas atividades, visto que a vivência cotidiana desse trabalho, sua organização, seu planejamento e sua execução, associada às relações estabelecidas com os distintos atores, podem dar um sentido positivo ou negativo para o trabalhador de saúde (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Coadunam com essa perspectiva Jeong e Kurcgant (2010), quando citam que na literatura relacionada à área da saúde existem trabalhos sobre a satisfação e a insatisfação do paciente sob inúmeros aspectos e em diferentes serviços. Todavia, é contraditória a preocupação com a satisfação dos pacientes e a perspectiva de ignorar a dos trabalhadores de saúde, sendo que a atuação destes influencia na qualidade do atendimento àqueles.

Logo, percebe-se que o prazer e sofrimento no trabalho interferem tanto na saúde do trabalhador, como nas suas relações e na qualidade do trabalho prestado o qual, na área da saúde, em especial na enfermagem, tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano. Rossi e Lima (2005) referem que o trabalho em saúde é considerado de esfera não material, ou seja, que se completa no ato de sua realização, sendo considerado um serviço. O objeto que o constitui são os seres humanos sendo, portanto, permeado por relações interpessoais.

Assim, refletindo sobre o trabalho da enfermagem e a saúde de seus trabalhadores, particularmente na área da oncologia pediátrica, emergem inúmeros questionamentos em relação ao prazer e sofrimento destes profissionais no trabalho, pois comumente se acredita que nessa especialidade existam muitos agravantes geradores de sofrimento, tais como os tabus e preconceitos em torno da doença oncológica, a necessidade de uma assistência

peculiar à criança e sua família, os processos de morte e morrer, dentre outros.

Beck (2001), ao pesquisar sobre o sofrimento dos trabalhadores da enfermagem atuantes em unidades críticas, dentre as quais unidade e ambulatório de hemato-oncologia, aponta como um aspecto diferenciado que caracteriza o trabalho da enfermagem nesses serviços, a manifestação aparente da doença nos pacientes percebida pela queda do cabelo, náuseas, vômitos, entre outros sinais decorrentes do tratamento instituído. Diante disso, refere que a doença “mostra-se para todos”, sendo que a aparência e o comportamento dos pacientes mobilizam muitos sentimentos nos trabalhadores de enfermagem.

Já em estudo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, Pagliari et al. (2008) concluem que o relacionamento com a criança é gerador tanto de prazer quanto de angústia. A vivência de prazer está relacionada ao afeto e ao carinho na interação com a criança, já o sofrimento emerge na realização de procedimentos dolorosos para esta. Nesse sentido, Oliveira et al. (2009, p. 269) referem que “escrever sobre uma criança com câncer não é algo fácil. Cuidar de uma criança com câncer também não é. No imaginário coletivo, a criança é um ser saudável, “cheio de vida”, com um longo percurso a explorar, experimentar, desvendar e aprender”.

Sabe-se que o câncer ocasiona modificações significativas na vida da criança e de seus familiares, envolve aspectos físicos, psicossociais e financeiros. A criança apresenta inúmeras modificações em sua aparência, como a alopecia e a debilidade corporal e experimenta sentimentos de medo, ansiedade, depressão, angústia e sofrimento, que sensibilizam todos que a cercam. Desse modo, assistir o paciente oncológico pediátrico pode não ser uma tarefa simples a ser desempenhada pelos trabalhadores da saúde, especialmente pela equipe de enfermagem, a qual possui uma atuação direta junto a ele e seus familiares.

O cuidado prestado não se resume somente em coletar exames, realizar punções venosas e administrar agentes quimioterápicos, mas envolve a formação de um vínculo que pode ser mobilizado pela perspectiva da morte ocasionada pelo câncer, pois como afirma Oliveira et al. (2009, p. 273), “o câncer é uma doença que carrega consigo o estigma da morte, do sofrimento, da dor e da mutilação; o que não é diferente no caso das crianças”.

Vale dizer que atuar na área oncológica traz aos trabalhadores muitos momentos de tristeza e de depressão. Conforme destaca Bittencourt (2009, p. 23) “os profissionais de enfermagem atuantes na área de oncologia entram em contato contínuo com situações de enfrentamento que colaboram para a ocorrência de estresse e depressão relacionada à dor e à perda”.

Nessa perspectiva, os trabalhadores vivenciam em sua rotina de trabalho muitas

situações que geram fatores estressores, os quais podem vir a intervir na sua qualidade de vida e equilíbrio emocional. Isso impede a realização de uma assistência de enfermagem adequada aos pacientes. Entretanto, muitos conseguem atuar com excelência junto a esses pacientes, desenvolvendo mecanismos de proteção ou estratégias defensivas, enquanto outros não conseguem se adequar a esse meio, o que provoca o sofrimento.

Assim, justifica-se a realização deste estudo devido minha participação no Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, Linha de pesquisa Saúde e Sofrimento psíquico do Trabalhador, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no qual pude me aproximar de questões relacionadas à saúde do trabalhador e do referencial teórico-metodológico da Psicodinâmica do Trabalho. Destaco ainda minha trajetória como enfermeira em uma unidade de tratamento de crianças e adolescentes com câncer, onde vivenciei muitas situações junto aos pacientes e seus familiares que fizeram refletir e repensar minha atuação como profissional e como ser humano.

Nessas vivências me deparei com vários trabalhadores de enfermagem que apresentaram atitudes e reações diferentes ao trabalhar com os pacientes oncológicos. Alguns serviram como exemplo e demonstraram imensa afinidade com esse trabalho, dedicavam-se, realizavam uma assistência de qualidade, não apenas técnica, mas integral ao paciente. Outros não conseguiam lidar com as adversidades e os fatores estressantes presentes no dia-a-dia, não interagiam adequadamente com os pacientes e seus familiares e, assim, sofriam muito.

Vale salientar que isso tudo me levou a refletir sobre qual a diferença entre esses trabalhadores, ou seja, por que para alguns é aparentemente mais “fácil” trabalhar com esses pacientes, sendo até prazeroso, enquanto que para outros é visivelmente mais sofrido e desgastante? Será que os que lidam melhor com essa assistência são realmente mais “frios”, que não se envolvem com seus pacientes ou será que aprendem a desenvolver mecanismos e estratégias defensivas no seu cotidiano que permitem um cuidado integral, sensível e também uma boa qualidade de vida, com equilíbrio emocional e prazer no seu trabalho?

Aliado a isso, a pesquisa realizada por Cazarolli (2012) contribuiu para a escolha do presente estudo, uma vez que, ao procurar compreender como os trabalhadores de saúde da equipe multiprofissional, entre esses enfermeiros, vivenciam sua prática profissional com pacientes oncológicos, evidenciou a dificuldade em conviver com o adoecimento de crianças, adolescentes e idosos. Por conseguinte, destaca-se a assistência à criança com câncer como um trabalho possivelmente mais desgastante, sendo que os trabalhadores que atuam nessa especialidade necessitam de maior atenção na perspectiva da sua saúde, sugerindo-se investigar, mais profundamente, as questões relacionadas ao prazer e sofrimento no trabalho.

Também se ressalta a importância dessa temática, tendo em vista que foi realizada uma revisão em bases de dados sobre o assunto “prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho da enfermagem assistencial”. Essa revisão integrativa de literatura<sup>1</sup>, foi implementada no período de maio a junho de 2012, nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Dados Bibliográficos na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), com a utilização do recurso “palavras”: ("*PRAZER*") and ("*SOFRIMENTO*") [*Palavras*] and ("*ENFERMAGEM*") and ("*TRABALHO*") [*Palavras*], nas versões português e inglês.

Como resultados foram encontrados um total de 86 produções. Dentre elas, a partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão<sup>2</sup> restaram 16 artigos que constituíram o corpus da revisão. Pela leitura e análise, evidenciaram-se como geradores de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho da enfermagem assistencial, fatores relacionados aos pacientes e familiares, à instituição, à equipe e às vivências individuais.

Quanto aos fatores geradores de prazer destacou-se o reconhecimento por parte dos pacientes e familiares e, em relação ao sofrimento, emergiu a morte como uma fonte desencadeadora deste. Constatou-se, ainda, que existe uma lacuna nas pesquisas referentes a esta temática, pois os artigos encontrados, em sua maioria, foram realizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e referentes à assistência a pacientes adultos, sendo relevante realizar investigações com outras abordagens, o que justifica a escolha do cenário da oncologia pediátrica para futuras pesquisas.

Destarte, este trabalho teve como objeto de estudo as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica, o qual foi analisado à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, embasado em seu proponente Christophe Dejours (1992; 2005; 2006; 2011) e demais colaboradores/seguidores da sua teoria tais como Merlo (2002; 2009), Mendes (2001; 2004; 2009; 2013), Beck (2001), entre outros.

Finalmente, espera-se que esta pesquisa venha a contribuir com estudos nessa área, bem como na melhoria dos processos de assistência ao paciente oncológico pediátrico, ao possibilitar ressignificar as vivências de sofrimento e a busca de prazer no trabalho.

---

<sup>1</sup>Revisão realizada nas disciplinas Prática Baseada em Evidência e sua aplicabilidade na Enfermagem e Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, de coautoria das mestrandas Viviani Viero e Paula Hubner Freitas.

<sup>2</sup>Ser artigo de pesquisa, na íntegra, disponibilizado nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordasse a temática pesquisada e se encontrasse disponível online, gratuito ou na versão impressa nas bibliotecas centrais da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM ou do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, sendo que os estudos encontrados em mais de uma base de dados ou repetidos na mesma base, foram considerados somente uma vez, excluindo-se assim, os artigos duplicados.

Além disso, a partir dos resultados obtidos neste estudo, poderão ser traçadas estratégias para enfrentamento e minimização dos riscos à saúde desses trabalhadores e ampliadas discussões e reflexões sobre a temática, tanto na formação acadêmica quanto nos serviços de saúde.

## **1.1 Problema da pesquisa**

Como questionamentos apontam-se:

- Como se constitui a dinâmica de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam em oncologia pediátrica?
- Quais vivências de prazer e de sofrimento se sobressaem no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem desta área?
- Quais as estratégias defensivas empregadas por esses trabalhadores frente ao sofrimento?

## **1.2 Objetivos**

- Compreender as vivências de prazer e de sofrimento dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica;
- Conhecer a dinâmica de trabalho na qual estão inseridos estes trabalhadores de enfermagem;
- Identificar as estratégias defensivas utilizadas por eles de forma coletiva e/ou individual frente ao sofrimento no trabalho.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo serão apresentados alguns referenciais utilizados para fundamentar o problema de pesquisa, abarcando conhecimentos relativos ao câncer infantil, à assistência de enfermagem à criança com câncer e à Psicodinâmica do Trabalho.

### **2.1 O câncer infantil: epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamentos empregados**

É importante destacar que o câncer é definido por Rocha e Kagohara (2006) como uma doença genômica que surge devido alterações cumulativas no material genético (DNA) de células normais que sofrem transformações até se tornarem malignas. Complementando, Gadelha, Costa e Almeida (2005) referem que o câncer agrega um conjunto de doenças com localizações topográficas variadas, de distintos tipos morfológicos, mas que possuem, em comum, duas características biológicas fundamentais: o crescimento celular descontrolado e a capacidade de se infiltrar para além do tecido em que se origina, isto é, podem se disseminar através da circulação sanguínea ou do sistema linfático para outras partes do corpo, num processo denominado metástase.

Além disso, ao direcionar o olhar para o câncer na criança e no adolescente, estimativas trazem que esse corresponde entre 1% a 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações sendo, portanto, considerado raro quando comparado às neoplasias que acometem os adultos. O percentual mediano dos tumores pediátricos observados nos Registros de Câncer de Base Populacional Brasileiros (RCBP) encontra-se próximo de 3%, o que leva a uma estimativa de 11.530 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos. A incidência total de tumores malignos na infância geralmente é maior no sexo masculino (BRASIL, 2011).

Os óbitos por câncer para a faixa etária de um a 19 anos, encontraram-se entre as dez principais causas de morte no Brasil, sendo que a partir dos cinco anos de idade, a morte por câncer é considerada como a primeira causa de morte por doença em ambos os sexos. Salienta-se que a mortalidade possui padrões diferentes, pois enquanto nos países desenvolvidos, o óbito por câncer é considerado a segunda causa de morte na infância, representando 4% a 5% (crianças de um a 14 anos), em países em desenvolvimento essa



proporção é menor, em torno de 1%, já que nesses países as mortes por doenças infecciosas ainda perpetuam como as principais causas de óbito (BRASIL, 2011).

O tipo de câncer mais frequente na faixa etária pediátrica é a leucemia, equivalendo a 25% e 35% de todos os tipos, sendo a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) a de maior ocorrência em crianças de 0 a 14 anos. Em segundo lugar, aparecem os linfomas e em terceiro os tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) que ocorrem, geralmente, em crianças menores de 15 anos com um pico na idade de 10 anos. Destaca-se que cerca de 8% a 15% das neoplasias pediátricas são representadas por esse último grupo, sendo o mais frequente tumor sólido na infância. Nos países desenvolvidos os linfomas correspondem ao terceiro lugar (BRASIL, 2011).

Ainda podem acometer essa faixa etária o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, comumente de localização abdominal), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor da retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), sarcomas (tumores de partes moles), tumor de Ewing e tumores hepáticos (GUIMARÃES, 2006; REIS; SANTOS, 2011; BRASIL, 2012).

O câncer infantil tem certas peculiaridades quando comparado ao câncer no adulto, sobretudo em relação ao seu comportamento clínico. Geralmente possui curtos períodos de latência, é mais agressivo e cresce rapidamente, entretanto apresenta melhor resposta ao tratamento e é considerado de bom prognóstico. Assim, as classificações dos tumores pediátricos são diferentes das convencionadas para os tumores nos adultos, sendo a morfologia a principal característica observada (BRASIL, 2011).

É preciso considerar que o câncer da criança comumente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, diferente do que acontece no adulto no qual acomete as células do epitélio que recobre os diferentes órgãos como câncer de mama, câncer de pulmão, câncer de estômago, entre outros (BRASIL, 2012). Outra diferença existente refere-se à etiologia, pois enquanto no adulto, em diversas circunstâncias, o surgimento do câncer está associado claramente a fatores ambientais e comportamentais, nos tumores da infância e adolescência essa associação ainda não está totalmente estabelecida. No entanto, devido seu curto período de latência, as exposições durante a vida intrauterina são consideradas o fator de risco mais conhecido (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Deve-se acrescentar ainda que quanto ao diagnóstico e acompanhamento da evolução do câncer infantil podem ser utilizados diversos métodos de imagem, como a radiografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, além

de marcadores tumorais, que são substâncias produzidas pelo tumor. A dosagem desses marcadores pode ser usada como meio diagnóstico, como parâmetro de estadiamento, como controle da terapêutica e como fator prognóstico. Entretanto, a anamnese e o exame físico constituem a base do diagnóstico clínico e orientam a indicação dos exames complementares (BRASIL, 2012).

Em relação ao tratamento do câncer, ele começa com o diagnóstico e necessita, pela sua complexidade, ser realizado em centro especializado e com o trabalho coordenado de vários membros da equipe de saúde. Compreende três modalidades principais (quimioterapia, cirurgia e radioterapia), devendo ser efetivado de forma racional e individualizada para cada paciente, tumor específico e conforme a extensão da doença (BRASIL, 2012).

Conforme Bonassa et al. (2012) a quimioterapia antineoplásica, isto é, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação com a finalidade de tratar tumores malignos, vem se tornando uma das mais importantes e promissoras estratégias no combate ao câncer. Consiste em uma modalidade de tratamento sistêmico da doença em contraste com a cirurgia e a radioterapia, mais antigas e de atuação localizada. Foi devido a essa abordagem sistêmica que se tornou possível a cura das leucemias e linfomas, assim como o tratamento precoce de metástases não detectáveis. A associação da quimioterapia a outros tipos de tratamento, como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, é um método bastante corriqueiro.

A terapia medicamentosa antineoplásica subdivide-se em: adjuvante (quando empregada após tratamento cirúrgico e/ou radioterápico), neoadjuvante (quando realizada antes do tratamento cirúrgico ou radioterápico definitivo), paliativa e curativa, a depender do tipo e da extensão da doença oncológica e das condições clínicas do paciente a ser tratado (SOUZA, 2010; BONASSA et al., 2012).

Rodrigues e Duarte (2011), ao abordarem o tratamento das doenças onco-hematológicas infantis mencionam que para que seja feita uma abordagem individualizada para cada criança o enfermeiro necessita, além do conhecimento sobre os protocolos de quimioterapia, saber manejar as complicações da administração dos quimioterápicos. Geralmente, os efeitos colaterais mais frequentes são infecções, sangramentos, anemia, náuseas, vômitos, anorexia, bem como possíveis alterações emocionais e psicológicas. Portanto, a orientação da criança, adolescente e família acerca do protocolo, dos ciclos de quimioterapia e da provável toxicidade é essencial para a construção de um plano de cuidados que torne a fase de tratamento menos sofrida para estes.

A cirurgia é um método de tratamento bastante empregado na terapêutica oncológica e pode ter finalidade curativa ou paliativa, sendo considerado curativo quando recomendado

nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos. Considera-se um tratamento radical que envolve a remoção do tumor primário com margem de segurança e, se aconselhada, a ablação dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão-sede do tumor primário. Já o tratamento cirúrgico paliativo tem o objetivo de reduzir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que colocam em risco a vida do paciente ou afetem a qualidade da sua sobrevivência como, por exemplo, a descompressão de estruturas vitais, o controle de hemorragias e perfurações e o desvio de trânsitos aéreo, digestivo e urinário (BRASIL, 2012).

É interessante reiterar que a radioterapia é uma opção terapêutica padrão para uma variedade de neoplasias. Seu uso iniciou-se no final do século XIX com a descoberta dos raios X por Wilhelm Conrad Röntgen e o isolamento do rádio por Marie e Pierre Curie. Na primeira metade do século XX foram desenvolvidos o Cobalto 60 e os aceleradores lineares e, atualmente, há os sistemas de planejamento tridimensional (3D-CRT) e a técnica de modulação da intensidade do feixe (IMRT), os quais permitiram maior concentração da radiação no alvo tratado e redução da dose em tecidos normais adjacentes (MARTELLA et al., 2006).

O objetivo da radioterapia é obter um índice terapêutico favorável, induzindo as células malignas a perderem a sua clonogenicidade, mas preservando os tecidos normais. Algumas das manifestações clínicas dessa terapia são a radiodermite, mucosite, xerostomia, fadiga, alopecia, náuseas e vômitos, cistite, diarreia, leucopenia e/ou plaquetopenia (BRASIL, 2008; BARROS, 2011; DIEGUES; PIRES, 2012).

Existem duas formas principais de radioterapia: a teleterapia conhecida como radioterapia externa, realizada com a utilização dos aceleradores lineares ou aparelhos de cobalto, havendo uma distância física entre o paciente e a fonte de radiação e a braquiterapia, na qual se usam fontes de radiação em contato direto com os tecidos a serem irradiados (MARTELLA et al., 2006). Em pacientes pediátricos a 3D-CRT é considerada como a técnica de radioterapia de melhor custo-benefício, contudo a IMRT proporciona menores chances de intolerância ao curso do tratamento. Ambas são empregadas em sessões diárias, com pausa de dois dias a cada cinco sessões, com a administração de pequenas frações da dose de radiação em cada uma (CHEN, 2011).

Além da quimioterapia, cirurgia e radioterapia existem outras terapêuticas utilizadas no combate ao câncer. Entre essas, por sua aplicação frequente também na faixa etária pediátrica, se destaca o Transplante de Medula Óssea (TMO) e o emprego de terapias alvo-molecular.

De acordo com Bonassa e Mancusi (2012) o TMO evoluiu muito nas últimas décadas, passando de tratamento experimental para uma efetiva esperança de cura para algumas doenças onco-hematológicas, hematológicas e congênitas. Mercês e Erdmann (2009, p. 413) referem que o TMO é definido como “o processo de substituição da medula óssea doente, ou suprimida, por uma medula óssea normal, isto é, a transferência da célula progenitora de um indivíduo (doador) para outro (receptor)”. A nomenclatura mais apropriada é Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) e as principais fontes podem ser células da medula óssea, do sangue periférico, do sangue do cordão umbilical e placentário, células cultivadas ou células geneticamente modificadas (MERCÊS; ERDMANN, 2009; BONASSA; MANCUSI, 2012).

Existem, fundamentalmente, três tipos de transplante de medula óssea/células tronco hematopoéticas: autogênico, singênico e alogênico. No primeiro, as células são obtidas do próprio paciente e reinfundidas depois da aplicação de quimioterapia em doses supraletais, mieloablativas e potencialmente curativas, associadas ou não à irradiação corporal total. No segundo tipo, as células são obtidas de um irmão gêmeo idêntico, sendo assim, perfeitamente compatíveis com o paciente. São transplantes incomuns, com complicações e toxicidades mínimas. No terceiro tipo, as células são obtidas de um doador histocompatível, que pode ser relacionado ou não, e administradas ao paciente. As doações entre não aparentados são possíveis devido aos Bancos de Medula Óssea e de cordão umbilical e o sucesso do procedimento está atrelado, especialmente, à compatibilidade entre doador e receptor (BRUNETTO; JUNIOR; GREGIANIN, 2011; BONASSA; MANCUSI, 2012).

Compreende-se que o emprego da terapia alvo-molecular é recente na oncologia e vem demonstrando muitos resultados promissores. Bonassa (2005) aborda que essas drogas, classificadas como terapia dirigida a alvos moleculares, são diferentes dos agentes quimioterápicos convencionais, pois foram criadas com a finalidade de atingir diretamente as células tumorais, preservando as normais, a partir do conhecimento das características biológicas específicas das células neoplásicas. Pode ser dividida em terapia funcional e terapia fenótipo-dirigida, a qual inclui os anticorpos monoclonais, as imunotoxinas e as vacinas.

Complementando, destaca-se que a grande vantagem dessa classe de medicamentos é que os mesmos atuam como mísseis teleguiados sendo chamados de terapia alvo molecular. Eles agem impedindo a formação de vasos sanguíneos que nutrem o tumor em crescimento e inibindo proteínas e enzimas que estimulam a multiplicação das células tumorais. Incluso nesse grupo, há inúmeros medicamentos usados no tratamento de doença onco-hematológicas

pediátricas (BRASIL, 2008), tais como leucemias, linfomas e tumores cerebrais (GONÇALVES, 2011).

Outro ponto importante a ser destacado no cuidado aos pacientes com câncer, em particular à criança, é em relação ao surgimento de emergências oncológicas. Rizzardini e Espinoza (2005) alegam que as emergências oncológicas podem ocorrer no início de uma neoplasia ou aparecer no curso da doença como uma complicação do tratamento desta ou pela progressão da doença de base. Podem resultar de alterações metabólicas, causadas pelo próprio tumor ou por seu tratamento, ou ser secundária a ocupação de espaços por tumores que dificultam ou obstruem a função dos órgãos vitais. Alguns exemplos dessas complicações são a síndrome da lise tumoral, a hiperleucocitose e a neutropenia febril, as quais são bastante frequentes e podem acarretar a morte desses pacientes, se não forem bem diagnosticadas e manejadas adequadamente.

Nessa perspectiva, diante do que foi exposto em relação ao câncer infantil, percebe-se que os processos vinculados ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes pacientes demandam a atuação coordenada de vários trabalhadores que configuram a equipe necessária para proporcionar uma atenção integral a criança e sua família. Dentre eles estão os trabalhadores de enfermagem, responsáveis por grande parte dos cuidados ao paciente com câncer e sua família, envolvendo o cuidado preventivo, curativo e paliativo.

O cuidado preventivo na área oncológica infantil pode ser realizado por meio de ações antes do nascimento da criança como o aconselhamento genético e durante a infância, com orientações a respeito de hábitos de vida saudável. O cuidado curativo compreende as fases de diagnóstico, tratamento e controle e, por fim, o cuidado paliativo envolve assistência multiprofissional, com a inter-relação de ações de suporte e conforto para a criança e sua família (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Nesse sentido, ao assistir a criança com câncer, independente do tipo de cuidado prestado, os trabalhadores de enfermagem se deparam com inúmeras exigências, tanto técnicas quanto teóricas, tendo em vista a diversidade de doenças oncológicas, de tratamentos e de possíveis alterações e complicações que colocam em risco a vida desses pacientes.

Assim, o câncer infantil merece atenção especial, não somente pela sua complexidade, mas pelas características peculiares da clientela em questão, o que se constitui como um desafio constante para a equipe de saúde, especialmente para a enfermagem, o que será melhor detalhado a seguir.

## 2.2 Enfermagem em oncologia pediátrica

A enfermagem é conhecida como a arte do cuidar, tendo seu enfoque no cuidado do ser humano, visando à promoção, manutenção ou recuperação da saúde. De acordo com Boff (2004), cuidar é mais que um ato, é uma atitude, logo abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representando uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

Da mesma forma, o cuidar em enfermagem é visto como algo complexo que ultrapassa a realização de uma assistência técnico-científica de qualidade e a busca pelo conhecimento teórico, exigindo uma entrega e comprometimento com o paciente assistido. Assim, o trabalhador de enfermagem dedica-se a cuidar do outro, seja por meio da assistência direta ao paciente, da educação ou da pesquisa. E quando esse cuidado refere-se ao paciente oncológico pediátrico, requer atitudes e competências diferenciadas em seu cotidiano de trabalho. Corroborando com esta ideia, Silva et al. (2009, p. 472) abordam que

cuidar de clientes portadores de câncer exige, além de conhecimento técnico e científico, o respeito ao outro, fundado nos princípios de bioética e da ética profissional, bem como a necessidade de promover interações entre eles, buscando, mas ações de cuidado o respeito ao ser humano em toda a sua dimensão social, econômica, política e cultural.

Silva et al. (2010) afirmam que a criança submetida à quimioterapia e sua família carecem de um suporte contínuo, pois não é fácil conviver ou mesmo acompanhar todo esse processo, sobretudo através de uma criança. Sabe-se o quanto é doloroso o tratamento, tanto na parte física, quanto psicológica e social.

Complementando, Paro, Paro e Ferreira (2005, p. 155) referem que o cuidado da criança com câncer deve abranger a “personalização da assistência, promoção de cuidados atraumáticos e direito à informação”. Igualmente, Oliveira et al. (2009) destacam a importância dos trabalhadores de enfermagem lançarem mão de estratégias para que a criança compreenda o que está ocorrendo, participe de todo o processo da doença e consiga expressar seus medos, sentimentos, questionamentos, anseios e imaginários, conforme seus mecanismos próprios, permitindo que obtenham-se diagnósticos e planos de intervenção capazes de confortar, amenizar o sofrimento e gerar vínculos afetivos com a criança e sua família.

Nesse sentido, revela-se de suma importância a educação em saúde por parte da equipe de enfermagem a criança e sua família, pois por intermédio dessa prática é possível minimizar

situações de risco e sofrimento, restabelecer a autonomia da criança e familiares sobre sua saúde e promover uma melhor qualidade de vida com a participação de todos envolvidos. Desse modo, esse processo educativo deve ter caráter reflexivo, perpassando todos os níveis de atenção e superando o cuidado centrado na doença da criança (AMADOR et al., 2011).

Assim, a área da oncologia pediátrica requer trabalhadores de enfermagem que possuam conhecimento teórico e prático acerca dos protocolos quimioterápicos empregados e dos cuidados referentes aos efeitos colaterais destes; segurança e destreza técnica na realização de procedimentos e, sobretudo, capacidade de comunicação e empatia com os pacientes assistidos. Dessa forma, destaca-se que em função desse processo de trabalho podem sobrevir aspectos geradores tanto de prazer quanto de sofrimento.

Paro, Paro e Ferreira (2005) ao realizarem pesquisa objetivando identificar o conhecimento e as reações do enfermeiro frente ao cuidar do paciente oncológico pediátrico constataram inúmeras situações estressantes relacionadas não só à associação entre câncer e sofrimento, complicações e morte, mas especialmente, quanto à incompatibilidade deste tema com a infância. Segundo as enfermeiras participantes, as dificuldades diante do câncer são intensificadas quando se trata do câncer infantil. O mesmo estudo demonstrou que há um desgaste emocional dos trabalhadores dessa área, assim como carência de maior preparo em decorrência da grande exigência no nível de relacionamento com o paciente e sua família e em nível técnico do trabalho.

Já Ramalho e Nogueira-Martins (2007), em estudo objetivando conhecer o discurso sobre a realidade psicoocupacional vivenciada por trabalhadores de diferentes áreas, entre esses enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de uma clínica de oncologia pediátrica de um hospital público, ressaltam como fatores precipitadores de estresse as dificuldades da organização do trabalho (a falta de reconhecimento do trabalho, problemas na rotina, falhas na coordenação do grupo de trabalho, falta de recursos de auxílio ao profissional e fraca estrutura administrativa no serviço de saúde) e as características da doença oncológica e do seu tratamento, assim como a morte de crianças assistidas. Esse estudo mostra que os trabalhadores não estão preparados para lidar com as perdas, sendo que a morte do paciente significa derrota “na batalha”, em contrapartida a recuperação significa sucesso.

Nesse momento, Rockembach, Casarin e Siqueira (2010) também assinalam o fato de que os sentimentos de impotência e frustração podem ser potencializados quando o óbito é em uma criança, pois geralmente o vínculo com a equipe está mais consolidado e o tempo de convivência com os pais e com a equipe são fatores desencadeantes de tais sentimentos.

O sofrimento relacionado à assistência a criança com câncer é apontado no estudo de Cazarolli (2012), ao procurar compreender como os trabalhadores de saúde da equipe multiprofissional vivenciam sua prática profissional com pacientes oncológicos. Entre seus achados, emergiu como fator precipitador de sofrimento em trabalhadores de saúde que trabalham na área oncológica, a dificuldade em conviver com o adoecimento de crianças, adolescentes e idosos. A autora alude que o contato com a morte gera sensação de impotência nos trabalhadores e o sofrimento é consequência do envolvimento com a criança, adolescente e sua família e da impotência frente à evolução da doença.

Nessa mesma perspectiva Picheti (2008, p. 49), em sua experiência como psicóloga de um hospital geral e da Associação de Apoio a Pessoas com Câncer (AAPECAN), evidencia o sofrimento dos trabalhadores da saúde em cuidar e, por vezes, perder pacientes, sendo que a grande maioria tenta ocultar essa dor. Relata que “estes profissionais da saúde, os quais estão cumprindo seu papel da melhor forma, deixam escorrer uma lágrima pelo canto de olho, ou dão suspiros profundos, sem nem se darem conta”. Assim, ressalta a importância de proporcionar um espaço para que estes possam expressar seus sentimentos, angústias e medos em relação a esta doença, pois se sabe que ninguém está imune à mesma.

Desse modo, percebe-se que os trabalhadores da equipe de enfermagem estão constantemente expostos a fatores em seu cotidiano de trabalho, principalmente relacionados às peculiaridades da oncologia pediátrica, que podem acarretar sofrimento, angústia e tristeza, ao conviverem de perto com a dor, as perdas e terem de aprender a lidar com suas emoções.

Entretanto, enfatiza-se que o prazer também pode estar presente no trabalho da equipe de enfermagem que atua em oncologia pediátrica. Ramalho e Nogueira-Martins (2007) trazem que as fontes de gratificação advêm dos resultados alcançados com o tratamento da criança e pelo estabelecimento de vínculos afetivos, os quais colaboram para os trabalhadores encontrarem satisfação e prazer naquilo que desempenham e para dar significado e sentido ao trabalho.

Ao aprofundar essa temática, Cazarolli (2012) aborda que, dentre as situações que proporcionam prazer no cotidiano dos trabalhadores de saúde que atuam em oncologia, está o prazer relacionado ao bem estar dos pacientes, no qual o trabalhador percebe a importância do seu trabalho como possibilidade de fazer os mesmos se sentirem melhor durante o tratamento. Isso ameniza os efeitos colaterais das terapêuticas empregadas, o que gera sentimentos de prazer e motivação.

Assim, trabalhar com o paciente oncológico pediátrico é complexo e demanda do trabalhador certos enfrentamentos e atitudes no seu cotidiano de trabalho. Saber como lidar



com a criança, com seus familiares e com seus próprios sentimentos frente ao sofrimento gerado pelo câncer e o tratamento instituído, além de conviver diariamente com o fantasma da morte, são situações que desgastam o trabalhador física e psicologicamente.

Os trabalhadores de enfermagem, especificamente, por ser a categoria que permanece junto ao paciente 24 horas ininterruptas do dia prestando cuidados vivenciam, mais diretamente, os enfrentamentos da criança e de seus familiares na luta contra o câncer. Eles constroem vínculos que ao mesmo tempo são benéficos para o tratamento como um todo, mas que também podem potencializar o sofrimento em situações de agravamento da saúde e morte. Desse modo, torna-se relevante investigar os fatores geradores de prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, assim como as estratégias defensivas empregadas, com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, o qual será abordado a seguir.

### **2.3 Psicodinâmica do Trabalho**

Ao estudar as relações entre saúde mental e trabalho, é válido reconhecer as contribuições de uma corrente de pensamento que vem se sobressaindo pela qualidade de sua produção teórica, pela riqueza de suas formulações metodológicas e pela importância de suas descobertas, ou seja, a escola de Psicologia do Trabalho, a qual se organizou a partir das ideias e pesquisas de Christophe Dejours (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Inicialmente centrava-se no estudo das dinâmicas que, em situações de trabalho, conduziam ora ao prazer, ora ao sofrimento e ao modo como este podia adotar diferentes desdobramentos, inclusive aqueles que culminavam em patologia mental ou psicossomática. Todavia, ao longo do tempo expandiu seu enfoque, transpondo as fronteiras dos estudos da dinâmica saúde/doença, assumindo atualmente a denominação de Psicodinâmica do Trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Conforme a autora acima citada, a abordagem da nova Psicopatologia do Trabalho é mais do que um estudo voltado para identificar doenças mentais específicas correlacionadas à profissão ou situações de trabalho, estando preocupada com a dinâmica mais abrangente, que diz respeito à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho.

Para isso a Psicodinâmica do Trabalho propõe uma compreensão da relação subjetiva que os trabalhadores têm com seu trabalho, enfocando as formas de mobilização da inteligência e da personalidade no trabalho. O campo de pesquisa dessa disciplina procura compreender como as pessoas, sujeitas às mais diversas pressões no trabalho, conseguem evitar a doença e a loucura (MERLO; BARBARINI, 2002).

Tangenciando esse enfoque, a Psicodinâmica do Trabalho busca compreender como os trabalhadores, apesar de tudo, não se tornam doentes mentais do trabalho, considerando essa “*normalidade*” como um enigma, pois “como fazem estes trabalhadores para resistir às pressões psíquicas do trabalho e para conjurar a descompensação ou a loucura?” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Merlo e Mendes (2009) assinalam que o percurso da produção brasileira em Psicodinâmica do Trabalho iniciou na década de 1980 e segue o desenvolvimento da própria teoria, preconizada por Christophe Dejours. O lançamento no Brasil do livro *A loucura do trabalho* de autoria de Dejours em 1987 tornou-se referência para os pesquisadores que atuam na área, pois as discussões apresentadas pelo autor responderam a muitos questionamentos, além de abrir caminhos para se pensar as consequências do trabalho sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, em especial pela forma como ele está organizado.

Para tanto, essa nova proposta veio preencher uma lacuna na forma como eram compreendidas essas relações que, até então, encontravam-se restritas a abordagens da psiquiatria e da Psicologia do Trabalho, para as quais o trabalho representava apenas um fator desencadeante de distúrbios latentes. O novo enfoque mesclava categorias da psicologia, da psicanálise, da ergonomia e da sociologia do trabalho buscando pensar o papel do trabalho na construção do (difícil) equilíbrio psíquico que os trabalhadores precisam estabelecer para se conservarem saudáveis em ambientes de trabalho hostis (MERLO; MENDES, 2009).

A Psicodinâmica do Trabalho pode ser utilizada como categoria teórica ou teórico-metodológica. Em estudo de revisão sobre as perspectivas do uso da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil, Merlo e Mendes (2009) apontam que os trabalhos da área da psicologia foram os que mais utilizaram a Psicodinâmica e foram os únicos que empregaram sua abordagem teórico-metodológica, mas também foram mencionados estudos na área da enfermagem.

Os mesmos autores afirmam que a categoria teórica tão importante quanto a teórico-metodológica, está focada em discussões teóricas e na utilização dos conceitos para delinear pesquisas empíricas, interpretar dados e estabelecer diálogos com outras abordagens. Desse

modo, no presente estudo, a Psicodinâmica do Trabalho é empregada como referencial teórico para alicerçar as discussões em torno do objeto de pesquisa estudado.

Ao versarem sobre a Psicodinâmica do Trabalho, Mendonça e Mendes (2004, p. 123) referem que o que se impõe como objeto para esta “é a questão de como determinado contexto de trabalho oportuniza para a maioria dos trabalhadores nele inserido, o uso de estratégias para mediar as restrições, as pressões e as adversidades das situações de trabalho”. Spode e Merlo (2006) complementam ao afirmar que a Psicodinâmica do Trabalho situa o trabalho como um território que pode originar processos de alienação e de descompensação psíquica, como pode ser fonte de saúde.

Dejours (2011a) afirma que a subjetividade da relação homem-trabalho apresenta muitos efeitos concretos e reais, sendo que o trabalho torna-se ameaçador para o aparelho psíquico quando se opõem à sua livre atividade.

Esse autor trabalha com o conceito de carga de trabalho, geralmente separando-a em dois setores: a carga física e a carga mental, sendo que para esta última propõe um referencial específico reservado aos elementos afetivos e relacionais, ou seja, a carga psíquica do trabalho. Frente à impossibilidade de quantificar a carga psíquica de trabalho, Dejours (2011a) sugere um modelo quantitativo denominado abordagem econômica do funcionamento psíquico, no qual aborda os conceitos de carga psíquica positiva e negativa no trabalho. Assim, se um trabalho permite a redução, a descarga da carga psíquica ele é considerado equilibrante, no entanto, se ele se opõe a essa redução, é denominado fatigante.

De acordo com Marques (2010), por meio dos estudos realizados por Dejours, na França e por pesquisadores na área da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil, tem se chegado à conclusão de que o sofrimento é inerente ao mundo do trabalho, sendo que esse sofrimento não é patológico, mas um indício da dor e pode derivar dele a mobilização que se articula à emancipação e a reapropriação de si, do coletivo e da condição de poder do trabalhador.

Corroborando, Mendonça e Mendes (2004) salientam que a presença do sofrimento não implica patologia, assim como o binômio prazer-sofrimento pode coexistir nas situações de trabalho e não são avessos à saúde. No entanto, as circunstâncias de trabalho podem desencadear perturbações psicossomáticas e psíquicas quando ocasionam um sofrimento permanente e não há mais possibilidades de negociação entre o sujeito e a realidade, para o emprego de mediações que ressignifiquem o sofrer e gerem condições para modificar o contexto de trabalho em um ambiente também de prazer.

Com relação ao sofrimento, Dejours (1992) descreve dois tipos fundamentais, que podem ser traduzidos por meio de dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade. Essa

insatisfação pode ser decorrente da relação do homem com o conteúdo significativo da tarefa ou do conteúdo ergonômico do trabalho. No primeiro caso, o contato forçado do trabalhador com uma tarefa desinteressante, sem significação, despersonalizada ou robotizada conduz a uma imagem de indignidade, ao sentimento de inutilidade, à falta de qualificação e de finalidade do trabalho.

No segundo caso, a insatisfação resulta de uma inadaptação do conteúdo ergonômico do trabalho (exigências físicas, químicas, biológicas) ao homem, sendo origem não somente de sofrimento somático, mas também do aparelho mental, ao estabelecer uma relação desarmoniosa com a estrutura da personalidade do trabalhador. A insatisfação com relação ao conteúdo significativo do trabalho situa-se no registro simbólico, enquanto que a insatisfação com relação ao conteúdo ergonômico do trabalho é concreta, de ordem “econômica” (DEJOURS, 1992).

Quanto à ansiedade no trabalho, esse autor elucida três tipos principais: a ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo (resultante da desestruturação das relações psico-afetivas com os colegas de trabalho, de seu envenenamento pela discriminação e suspeita, de sua implicação forçada nas relações de violência e de agressividade com a hierarquia ou, ainda, devido a desorganização do funcionamento mental); a ansiedade relativa à degradação do organismo (resultante do risco que paira sobre a saúde física devido as más condições de trabalho) e a ansiedade gerada pela “disciplina da fome” (apesar do sofrimento mental os trabalhadores continuam em seus postos de trabalho expondo seu equilíbrio e seu funcionamento mental à ameaça presente no trabalho, para enfrentar a exigência de sobreviver).

Assim, parafrazeando Dejours (2011a, p. 29)

quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Marques (2010) alude que o mundo do trabalho é um espaço de convívio marcado por contradições, sendo a organização do trabalho a instância responsável pela definição, divisão e distribuição das tarefas entre os trabalhadores, bem como pela concepção das prescrições e pelo exercício do controle, da ordem, da direção e da hierarquia.

Nessa perspectiva, Dejours (2011a) aponta que o sofrimento no trabalho acontece do encontro de um sujeito, com uma trajetória singular e individual, com uma organização do

trabalho que, muitas vezes, limita a realização do projeto espontâneo do trabalhador e prescreve um modo operatório específico. A organização do trabalho é, na verdade, a vontade de outro, de um grupo de outros ou de uma instituição, que se opõe ou até mesmo se impõe ao trabalhador, pois “o trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro” (DEJOURS, 2011a, p. 27), o que desencadeia o sofrimento no trabalho.

Ao mesmo tempo, Spode e Merlo (2006) conceituam o trabalho prescrito como o que deve ser feito pelos trabalhadores seguindo normas e definições precisas – a tarefa a ser cumprida – cujas diretrizes comumente são dadas considerando uma situação modelo e negligenciando as variabilidades das situações de trabalho. Já o trabalho real é aquilo que foge à prescrição, é algo imprevisto, inesperado, que o trabalhador deve dar conta. Assim, dessa defasagem existente entre o prescrito e o real e as relações intersubjetivas no trabalho, emergem aspectos que podem ser tanto fonte de prazer, quanto fonte de sofrimento para os trabalhadores.

Portanto, a distância entre o que a organização prescreve ou espera e o que o trabalhador realmente realiza suscita a utilização de estratégias de mediação a fim de atender às demandas da organização, assim como, manter a empregabilidade e integridade física e psíquica (BARROS; MENDES, 2003). A essas estratégias de mediação Dejours (1992) chamou de estratégias defensivas. Frente à ansiedade e insatisfação no trabalho, os trabalhadores elaboram estratégias defensivas, individuais ou coletivas, específicas de acordo com a organização do trabalho a que estão submetidos, cuja função primeira é aliviar o sofrimento, mas que, contudo, acabam por ocultá-lo ou mascará-lo.

Vale destacar que essas estratégias levam a modificação, transformação e a eufemização da percepção que os trabalhadores possuem da realidade que os faz sofrer. Funcionam por um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas, isto é, “de vítimas passivas, os trabalhadores colocam-se na posição de agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da dita pressão patogênica”, constituindo uma operação estritamente mental, pois geralmente não modificam a realidade da pressão patogênica (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011, p. 128).

Como exemplos de estratégias defensivas coletivas, Dejours (1992) menciona as “ideologias defensivas” (objetivam mascarar, conter e ocultar uma ansiedade grave, sendo um mecanismo de defesa elaborado por um grupo social particular) como a ideologia da vergonha utilizada pelo subproletariado (que consiste em manter à distância o risco de afastamento do corpo ao trabalho e, por conseguinte, à miséria, à subalimentação e à morte) e a ideologia

defensiva contra o medo (atitudes de negação e de desprezo pelo perigo e risco de determinadas profissões, como na construção civil e em indústrias petroquímicas).

Com relação às estratégias defensivas individuais cita o alcoolismo, a evasão fantasmática (quando o trabalhador consegue conservar sua autonomia mental, com a possibilidade de fantasiar, como forma de descarga e alívio), o uso do tempo fora do trabalho, a “contaminação” do tempo fora do ambiente de trabalho pelo ritmo (busca manter involuntariamente a repressão dos movimentos espontâneos, conservando a preocupação com o tempo permitido a cada gesto), o “presenteísmo” (que pode ser causado pela luta individual para manter um condicionamento produtivo duramente adquirido) e o individualismo (DEJOURS, 1992; 2011a).

Menciona também, a partir da vivência em uma empresa industrial, a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, na qual cada trabalhador se preocupa antes de tudo em “resistir”, sendo que para tanto convém fechar os olhos e os ouvidos ao sofrimento e à injustiça infligidos a outrem. Assim, negam o sofrimento alheio e calam o seu. Ainda, baseada nessa negação do real do trabalho, há referência à estratégia da distorção comunicacional, na qual há uma informação falsificada (DEJOURS, 2006).

A diferença entre os mecanismos de defesa individuais e as estratégias coletivas reside no fato que o primeiro está interiorizado, isto é, persiste mesmo sem a presença física de outros, ao passo que as estratégias coletivas de defesa não se sustentam se não houver um consenso, portanto dependendo de condições externas (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011). Alguns autores trazem a denominação de estratégia de mobilização coletiva ao falar sobre as estratégias defensivas coletivas (MENDONÇA; MENDES, 2004).

Muitas vezes, o emprego dessas estratégias pode ser utilizado pela organização do trabalho como fator propício à produtividade, sendo que o sofrimento torna-se um instrumento de exploração e de rendimento. Na verdade, “o que é explorado pela organização do trabalho não é o sofrimento, em si mesmo, mas principalmente os mecanismos de defesa utilizados contra esse sofrimento” (DEJOURS, 1992, p.104), o que ressalta a importância de evidenciar e estudar mais profundamente estas estratégias na relação homem-trabalho.

Desse modo, Barros e Mendes (2003) alegam que as estratégias defensivas são positivas à medida que protegem o sujeito contra o sofrimento ocasionado pelas situações de trabalho conflitivas, mantendo o equilíbrio psíquico e impedindo o adoecimento. Em compensação, essas defesas tornam-se negativas, pois podem conduzir à alienação quando utilizadas excessivamente.

A alienação ocorre, segundo Dejours e Abdoucheli (2011, p. 130), quando a estratégia defensiva “torna-se ela mesma tão preciosa para os trabalhadores que ao se esforçarem para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho acabam por transformar esta estratégia em um objetivo em si mesma”. Assim, convergem todos os esforços para combater as ameaças que possam desestabilizá-la, podendo promovê-la a objetivo, enunciando o sofrimento como resultado de um enfraquecimento da estratégia defensiva e não como consequência do trabalho.

Ainda, nessa discussão, cabe trazer o prazer no trabalho, pois “o sofrimento pode andar lado a lado com o prazer” (DEJOURS, 2011d, p.189). Desse modo, o prazer no trabalhar permite considerar que o trabalho não é uma desgraça socialmente determinada, mas pode ser um edificador das identidades individuais e coletivas (SZNELWAR, 2011).

Para a Psicodinâmica do Trabalho “o prazer é mais do que um objeto em si e nem está isolado: o prazer está sempre associado ao sofrimento que emerge do confronto com o real do trabalho, sendo este, uma vivência acessada quando há a vitória do trabalhar sobre as resistências do real” (MENDES; MULLER, 2013, p. 292).

Além disso, é importante destacar a questão do reconhecimento no trabalho, como uma forma de retribuição simbólica sobrevivida da contribuição dada pelo sujeito, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência no trabalho. Nesse sentido, o reconhecimento no trabalho, o prazer e a transformação do sofrimento são fundamentais para a mobilização política e a conquista da saúde no trabalho (LIMA, 2013).

Por fim, posto alguns pressupostos que norteiam a Psicodinâmica do Trabalho, aponta-se essa abordagem teórica como de grande utilidade para estudar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem atuante em oncologia pediátrica.

### **3 METODOLOGIA**

Neste capítulo será descrito o caminho metodológico percorrido para o alcance dos objetivos propostos, incluindo a natureza do estudo, os campos de pesquisa, os sujeitos participantes, os métodos de coleta empregados, a análise dos dados e as considerações éticas.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Conforme Gil (2010) as pesquisas exploratórias tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias; possuem menor rigidez no planejamento; apresentam visão geral acerca de determinado fato; envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso; o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses; o tema é genérico, exigindo revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos.

Já as pesquisas descritivas têm por objetivo descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas para coleta de dados e descrevendo a caracterização dos sujeitos em grupo ou individual (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa, conforme Turato (2005, p. 509) direciona-se para a busca do significado das “coisas” (fenômenos, fatos, eventos, sentimentos, ideias, assuntos), porque este tem um papel organizador nos seres humanos. Também salienta o processo “caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados”. Minayo (2012) diz que a matéria prima das pesquisas qualitativas é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação e o verbo principal da análise qualitativa é compreender.

Diante disso, essa abordagem se adaptou aos objetivos da pesquisa, uma vez que possibilitou compreender as vivências de prazer e de sofrimento dos trabalhadores de



enfermagem atuantes em oncologia pediátrica, sendo um estudo permeado por sentimentos, emoções e relações que não podem ser quantificadas.

### 3.2 Caracterização do campo de estudo

O cenário de coleta de dados foi o Centro de Tratamento da Criança com Câncer (CTCriaC) e o Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O HUSM, desde sua fundação em 1970, é referência em saúde para a região centro do Rio Grande do Sul. É um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e atua como hospital-escola voltado para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde.

O referido hospital possui 291 leitos de internação, 37 leitos de tratamento intensivo, além de 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, seis salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico. A equipe é composta por 166 docentes; 1355 funcionários em nível de apoio médio e superior; 443 funcionários de serviços terceirizados, além de 342 alunos estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos (UFSM, 2013).

O CTCriaC possui 18 leitos para internação de crianças e adolescentes com doenças hemato-oncológicas, sendo formado por uma equipe de cinco enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem, além de médicos, nutricionista e psicóloga.

O Ambulatório de Quimioterapia possui duas salas de atendimento, uma destinada ao acolhimento de crianças e outra aos pacientes adultos<sup>3</sup>, totalizando 15 cadeiras; além de uma sala com três macas, uma sala de procedimentos e dois consultórios, utilizados para consultas médicas e de enfermagem. A equipe de enfermagem é constituída por sete enfermeiras, uma com carga horária reduzida devido afastamento para capacitação e outra que consta na escala um dia da semana, por atender também a Turma do Ique, além de um técnico de enfermagem.

Também atuam nas referidas unidades alguns alunos da Residência Multiprofissional, os quais compõem os vários núcleos da saúde como enfermagem, terapia ocupacional,

---

<sup>3</sup> Os pacientes adultos atendidos no serviço ambulatorial são citados em algumas falas dos trabalhadores durante o decorrer da dissertação, tendo em vista que fazem parte da dinâmica de trabalho do setor, apesar do enfoque dado à oncologia pediátrica na pesquisa.

farmácia, nutrição e bolsistas acadêmicos de enfermagem.

É interessante ressaltar que nesses locais são realizados inúmeros procedimentos que exigem a atuação direta da equipe de enfermagem, tais como punções periféricas e de cateteres centrais, administração de quimioterápicos, auxílio em exames diagnósticos, como mielogramas e punção lombar, curativos, entre outras atividades.

Optou-se pela escolha do HUSM como campo de coleta de dados, por constituir o principal centro de atendimento hospitalar da região, especialmente na área de oncologia pediátrica.

### **3.3 Participantes do estudo**

Os participantes da pesquisa foram os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) atuantes no CTCriaC e no Ambulatório de Quimioterapia, que atenderam ao critério de inclusão de ser trabalhador do quadro efetivo da instituição, com atuação em oncologia pediátrica. Foram excluídos da pesquisa os que estavam afastados do trabalho por quaisquer motivos, no período da coleta de dados.

Todos os trabalhadores desses setores foram convidados a participar da pesquisa, sendo que ao total foram 20 participantes. Dentre eles, três trabalhadores, além de assumirem escala no CTCriaC, também trabalhavam no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO). Assim, a fim de assegurar o direito de participar da pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), apesar do CTMO não constituir um cenário de investigação, as falas desses trabalhadores foram consideradas, uma vez que também cumprem escala na unidade de internação pediátrica e possuem vivência com o tema pesquisado.

### **3.4 Coleta dos dados**

O período total de coleta dos dados compreendeu os meses de fevereiro a maio do ano de 2013 e as técnicas utilizadas foram um questionário para levantamento de dados

sóciodemográficos, a observação simples e o Grupo Focal (GF), por acreditar na potencialidade dessas para responder aos objetivos propostos.

#### 3.4.1 Questionário de levantamento de dados sóciodemográficos

O questionário (APÊNDICE A) apresentava perguntas abertas e fechadas, o que possibilitou coletar informações relativas aos participantes tais como sexo, idade, categoria profissional, maior nível de formação, tempo de serviço na profissão, na instituição e na área da oncologia, turno de trabalho e vínculos empregatícios. O mesmo foi respondido por todos os participantes no início da primeira sessão de GF.

#### 3.4.2 Observação simples

Conforme referem Beck, Gonzales e Leopardi (2002a), a observação é uma técnica de coleta de dados na qual o pesquisador entra em contato com a realidade que almeja conhecer, “olha” para ela e anota tudo o que seja pertinente à sua pesquisa, necessitando estar aberto para reconhecer na realidade, o que nem sempre é muito visível. Nesse sentido, de acordo com as autoras, a observação científica deve possuir características como ser atenta, precisa, exata, completa, sucessiva e metódica.

Desse modo, a observação empregada foi do tipo simples ou não participante (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002a), totalizando 60 horas divididas nos turnos manhã, tarde e noite, a fim de atentar para as especificidades de cada, no período de fevereiro a março do ano de 2013. Ao inserir-se no campo para a observação, a mestrandia explicou previamente aos trabalhadores o motivo da sua presença, ressaltando o compromisso ético com a pesquisa, sendo que estes receberam bem a proposta de trabalho e não se mostraram incomodados.

Para a realização dessa técnica foi utilizado um diário de campo, no qual foram registrados os acontecimentos observados relacionados à temática investigada. De acordo com Minayo (2010, p. 295) no diário de campo “devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos

vários pontos investigados”, entre outros aspectos, que poderão ser usados para a análise do objeto de investigação. Também foi empregado um roteiro para observação (APÊNDICE B), no intuito de pontuar aspectos importantes a serem observados.

### 3.4.3 Grupo Focal

Quanto ao GF, seu uso na área da saúde é relativamente recente, aparecendo publicações a partir da década de 80 como técnica de pesquisa qualitativa. Entretanto, sua utilização aumenta, gradativamente, entre os pesquisadores universitários (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Beck, Gonzales e Leopardi (2002b) referem que o GF é uma estratégia para coletar dados diretamente das falas de um grupo, o qual expõe suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo. O grupo pode ser preexistente ou se organizar especificamente para o objetivo da investigação, podendo ser necessário mais de um grupo para chegar a resultados consistentes.

Sob o mesmo ponto de vista, Ressel et al. (2008, p.780) ressaltam que a técnica do GF “é apropriada nas pesquisas qualitativas, que objetivam explorar um foco, ou seja, um ponto em especial”. Nesse sentido, cada encontro deve ter um objetivo específico, isto é, focar uma perspectiva acerca da temática pesquisada, sendo utilizadas técnicas de estímulo apropriadas e questões norteadoras para os debates.

A coleta de dados por meio do GF ocorreu no período de março a maio do ano de 2013 sendo realizadas, ao total, quatro sessões com duração de duas horas cada, tendo em vista o que é preconizado por autores que utilizam essa técnica (SEVERO; FONSECA; GOMES, 2007; MAZZA; MELO; CHIESA; 2009).

Ressalta-se que a investigação com a utilização do GF deve seguir algumas etapas assinaladas por Beck, Gonzales e Leopardi (2002b) quais sejam: definir o conteúdo; verificar o método; definir as qualificações dos participantes; organizar grupos homogêneos; preparar o questionário de seleção; selecionar o moderador do grupo focal e o resto da equipe; selecionar material de apoio para o debate em grupo; selecionar o local para realização do grupo; selecionar o dia, a hora e duração de cada grupo; preparar o guia de temas; realizar o grupo focal; analisar e interpretar os resultados do grupo focal e, por fim, elaborar um plano de ação a partir dos resultados da investigação.

Assim, antes do início da coleta procedeu-se uma reunião com a professora orientadora e com os assistentes de pesquisa que iriam ajudar no transcorrer desta, na qual foram esclarecidos os objetivos do estudo e realizadas discussões sobre a técnica a ser utilizada, assim como definido o papel de cada um, isto é, do moderador e observadores. Para auxiliar, foi realizado um planejamento prévio de cada sessão de GF, o qual era repassado aos assistentes de pesquisa.

Em seguida, procedia-se a etapa de convite dos participantes da pesquisa, a qual foi organizada de dois modos: com a fixação de um cartaz no mural de cada setor, o qual apresentava informações sobre a pesquisa, data, hora e local das sessões de GF e por meio do convite individual para cada trabalhador, de modo presencial, no seu setor de trabalho, explicando os objetivos do estudo. Como foram convidados todos os trabalhadores dos setores envolvidos optou-se por não realizar contato telefônico prévio individual, entretanto, um dia antes da realização de cada sessão de GF foi realizado um lembrete do encontro.

Ressalta-se que ao optar pelo GF como estratégia metodológica, consideraram-se alguns apontamentos importantes como: o número de grupos deve ser definido em função das variáveis analisadas, mas se recomendam, ao menos, dois grupos para cada uma, variando conforme a complexidade da temática. Também o número de participantes pode oscilar entre 6 a 15 pessoas; preconiza-se duração de até duas horas; o local de realização deve ser neutro, fora do ambiente de trabalho, de fácil acesso, agradável e livre de ruídos; o ideal é que os participantes se sentem em círculo para facilitar o campo de visão e a interação no grupo. Além do mais os dados devem ser registrados por gravação em áudio ou vídeo e anotações em um diário de campo; o grupo deve ser guiado por um moderador, com ajuda dos observadores (SEVERO; FONSECA; GOMES, 2007).

Portanto, levando em consideração tais pressupostos, os locais das sessões foram na UFSM, a fim de facilitar o acesso dos participantes. Teve-se o cuidado de optar por lugares mais tranquilos, livres de ruídos externos e que fossem confortáveis para os encontros. Dessa forma, buscou-se organizar um ambiente em que os trabalhadores pudessem se sentir acolhidos, sendo que as salas possuíam ar condicionado e cadeiras estofadas, as quais foram dispostas em círculo para facilitar a comunicação e a interação entre o grupo. Na porta da sala foi fixado um cartaz com o dizer “Favor não interromper, uso de gravador para coleta de dados”, no intuito de evitar interrupções que pudessem atrapalhar o andamento das discussões.

Quanto ao horário definiu-se o turno da manhã por ser geralmente mais calmo nos dois setores e oportunizar a participação de trabalhadores que estivessem trabalhando. Nesse

sentido, também foi feito contato com as chefias de cada setor para definir o melhor dia da semana para a realização da atividade. Assim, no Ambulatório de Quimioterapia, optou-se pela sexta-feira de manhã, por ser comumente o dia de menor número de atendimentos, o que possibilitaria aos trabalhadores remarcarem os mesmos para a tarde para poderem participar do GF sem interrupções. Já no CTCriaC, como não havia como prever um dia na semana mais tranquilo, também foi mantida a sexta-feira.

A equipe de pesquisadores das sessões de GF foi composta pela mestranda responsável pela pesquisa, no papel de moderadora (coordena o grupo e faz as perguntas norteadoras para gerar a discussão) e por três assistentes de pesquisa (uma mestrande e duas acadêmicas do curso de enfermagem), as quais ficaram responsáveis por registrar por escrito as observações gerais, as falas dos participantes e os tópicos discutidos (observador um); por registrar as observações não verbais como fisionomia ao falar de certo assunto, manifestação de emoções (observador dois) e por cuidar dos gravadores, distribuir os crachás e materiais utilizados, entregar e recolher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários, cronometrar o tempo e auxiliar nas dinâmicas realizadas.

Em todas as sessões foi disponibilizado um *coffee break*, o qual ficava disponível em uma mesa para os participantes. Ainda, ao término de cada sessão foi entregue uma mensagem de agradecimento pela participação com um bombom.

A **primeira sessão de GF** contou com a participação de nove trabalhadores, seis do Ambulatório de Quimioterapia e três do CTCriaC, sendo a maioria enfermeiros. Na medida em que os participantes chegavam ao local, foram recepcionados pela mestrande e pelos assistentes de pesquisa e receberam um crachá em branco para que preenchessem com o nome. Nesse momento também foi entregue o TCLE em duas vias e o questionário sóciodemográfico, explicando-se que os mesmos seriam retomados posteriormente e que seria disponibilizado tempo para o preenchimento destes. Após a acomodação do grupo, foi procedida a abertura do GF, com boas vindas a todos e apresentação da mestrande e assistentes de pesquisa.

Em seguida, foi realizada a apresentação dos objetivos do estudo e da técnica do GF, ressaltando ser um debate em grupo conduzido por perguntas norteadoras, conforme um guia de temas (APÊNDICE C). Também foi explanado sobre os aspectos éticos a partir da leitura dos principais tópicos do TCLE, tais como a garantia do anonimato, riscos e benefícios, compromisso de retorno dos resultados e autorização para o uso do gravador digital, a fim de garantir a fidedignidade na transcrição das falas. Ainda, foi destacada a importância do sigilo compartilhado, ou seja, o compromisso ético de todos os participantes, além dos

pesquisadores, com o acontecer grupal. Após isso, foi dado um tempo para os participantes olharem novamente o TCLE e assinarem as duas vias, ficando uma com os mesmos e a outra recolhida como garantia da concordância em participar da pesquisa.

Convém destacar que, de acordo com Gatti (2005), o sucesso da coleta de dados com o GF dependerá muito do moderador do grupo, o qual deve explicar os objetivos do encontro, a forma de registro utilizada, o consentimento dos participantes, a garantia de sigilo dos registros e dos nomes. É de suma importância esclarecer que todas as informações interessam e que não há certo ou errado nas opiniões emitidas, uma vez que a discussão é aberta em torno do assunto proposto e toda reflexão e contribuição são relevantes para a pesquisa (GATTI, 2005).

Nessa parte inicial foram realizados os contratos com o grupo, isto é, pactuado horário de início e término; o lanche; que colocassem o celular no silencioso se possível; que procurassem falar um de cada vez e evitassem conversas paralelas; abordado as datas e horários dos próximos encontros e esclarecido sobre a importância da participação, sendo que novos trabalhadores poderiam inserir-se nos demais encontros. Posteriormente, foi solicitado o preenchimento do questionário sóciodemográfico pelos próprios participantes, sendo disponibilizado um período de 10 a 15 minutos para tal atividade.

Após esse tempo, foram recolhidos os questionários, juntamente com os TCLE e iniciou-se a discussão propriamente dita. Salienta-se que não foi realizada nenhuma dinâmica de apresentação entre os trabalhadores, pois a maioria já se conhecia. Nesse contexto, optou-se por uma técnica de estímulo denominada “Minha vida pelas figuras”, a qual é uma dinâmica que favorece o autoconhecimento, promovendo a integração do grupo e sendo proposta como forma de entrosamento e início da discussão direcionada à temática do trabalho.

Assim, foi solicitado aos participantes que escolhessem uma figura, dentre aproximadamente 50 figuras diversificadas, as quais foram previamente recortadas pela mestrande e dispostas em uma mesa e que a relacionassem com o trabalho que desenvolvem na oncologia pediátrica. Após isso, os participantes foram convidados a mostrar a figura escolhida e a explicar o porquê da escolha da mesma para os demais integrantes do grupo.

Todos os participantes da sessão de GF participaram ativamente da técnica, mesmo sendo dito que poderiam optar por não participar, tanto na escolha das figuras como na explanação de suas percepções acerca desta e do seu trabalho. Alguns escolheram duas figuras para falar, tentando representar o “lado bom e o lado ruim” do trabalho. A mestrande e os assistentes de pesquisa também participaram da técnica, entretanto trazendo o olhar voltado ao papel de pesquisador atual em suas vidas, pois se considerou importante essa participação

para a integração no grupo. Houve momentos em que os trabalhadores se emocionaram ao falar sobre seu processo de trabalho.

Assim, a partir dessa técnica de estímulo, procedeu-se a discussão que foi conduzida por questões norteadoras previamente definidas no guia de temas. Por fim, após a saída dos participantes, foi realizada uma avaliação do encontro pela equipe de pesquisadores, atentando para a condução deste, destacando se algum participante falou muito ou pouco; se algum se emocionou ou demonstrou não querer participar; como os pesquisadores se sentiram e suas percepções gerais, a fim de adequar-se para as próximas sessões de GF.

Ressalta-se que alguns referenciais em GF sugerem que seja realizada uma síntese da discussão com a leitura em voz alta das observações ao final do grupo, o que não foi realizado neste estudo uma vez que se optou, conforme o planejamento prévio com a professora orientadora da pesquisa, em trazer cartazes com os tópicos discutidos no início da próxima sessão para a validação dos dados.

A **segunda sessão de GF** contou com a participação de nove trabalhadores (cinco do Ambulatório de Quimioterapia e quatro do CTCriaC), sendo que desses, cinco já haviam participado da sessão anterior e quatro participaram pela primeira vez.

Assim, seguiu-se a mesma sequência da sessão anterior, devido à inclusão dos participantes novos. Após o recolhimento dos documentos, partiu-se para a realização de uma dinâmica de entrosamento denominada “Os segredos da caixa”, na qual uma pequena caixa contendo várias frases passou de mão em mão ao som de uma música animada e quando a música parava, o participante que estava com a caixa na mão a abria, retirava uma frase e completava conforme suas ideias e sentimentos. Dentro da caixa foram colocadas frases como “Quando eu penso no meu trabalho a primeira coisa que me vem na mente é...” e “Eu trabalho porque...” no intuito de introduzir a temática e outras frases como “Se eu acertasse hoje na loteria eu...” e “O maior mico que paguei na minha vida foi...” para descontrair o grupo.

Ao término da dinâmica foram apresentados os cartazes confeccionados em cartolina com o resumo do que apareceu no encontro anterior, trazendo perguntas pertinentes e validando as informações com o grupo. A partir disso, iniciou-se a discussão com as perguntas norteadoras que constavam no guia de temas.

A **terceira sessão de GF** contou com a participação de cinco trabalhadores, todos do Ambulatório de Quimioterapia, os quais já haviam participado das sessões anteriores.

Inicialmente, esse número de participantes gerou certa apreensão, pois a maioria das referências que utilizam essa técnica traz que o GF ideal deve ter entre seis a 15 ou, idealmente, de oito a 10 participantes. Porém, alguns autores consideram grupos menores,



denominados de minigrupos focais, constituídos por cinco a sete participantes, o que depende dos objetivos de cada estudo (DEBUS, 1997).

Por conseguinte, quando se deseja gerar um maior número de ideias é mais enriquecedor optar por um grupo maior; entretanto, quando se quer maximizar a profundidade de expressão de cada participante, grupos menores funcionam melhor (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999). Desse modo, apesar do número de participantes ter sido menor em relação às sessões de GF anteriores, ela se mostrou muito produtiva e possibilitou um maior aprofundamento na temática pesquisada.

Como em princípio essa seria a última sessão de GF, foi programada uma dinâmica diferente para o final. Entretanto, antes de iniciar com a apresentação dos cartazes com os resultados do GF anterior, foi solicitado aos trabalhadores que pensassem sobre os sentimentos em relação ao seu trabalho e que fizessem uma analogia com um balão, isto é, se estavam se sentindo “um balão murcho, um balão cheio ou um balão estourado”, o que seria significado na dinâmica final.

Foi cronometrado um tempo de discussão para que fosse possível realizar a dinâmica dentro do horário acordado. Ao findar esse tempo foi encerrada a discussão com a validação dos assuntos abordados, a partir da leitura em voz alta dos principais tópicos apresentados no grupo.

Em seguida foi proposta a dinâmica denominada “Mantenha cheio o seu balão”, com a apresentação de um vídeo motivacional intitulado “Mantendo sempre cheio o seu balão” de Daniel Godri. Após foram distribuídos aos participantes balões coloridos (que continham palavras de motivação em seu interior, como felicidade, sabedoria, sucesso, união, entre outras), sendo solicitado que pensassem em metas e objetivos para a vida pessoal e profissional ao encherem os balões. Em seguida foi colocada uma música animada (Extravasa de Claudia Leite) e orientou-se aos convidados que ficassem em pé e jogassem seus balões, sem deixá-los cair no chão, como se estivessem defendendo suas metas, seus objetivos traçados dentro daquele balão. Após alguns minutos de brincadeira, a música foi interrompida, pediu-se que cada participante estourasse seu balão e lesse a palavra encontrada.

Posteriormente, foi solicitada uma avaliação dos encontros pelos participantes, sendo que todos falaram e apontaram aspectos positivos. Após todos participantes deixarem o local foi realizada a avaliação da sessão pela equipe de pesquisadores e devido ao não comparecimento dos trabalhadores do CTCriaC pensou-se na realização de mais uma sessão

de GF direcionada somente para este setor, em local e horário diferenciado, no intuito de realmente validar e saturar os dados encontrados.

Assim, deu-se seguimento à **quarta sessão de GF**, a qual não estava prevista no delineamento inicial da pesquisa, mas que se julgou interessante de ser incluída. Para tal, foi organizada uma escala no setor, no sentido de favorecer a inclusão dos trabalhadores. Desse modo, a quarta sessão de GF foi realizada em sala anexa à própria unidade de internação, no turno da manhã, após a passagem de plantão e contou com a participação de sete trabalhadores, sendo que nenhum deles havia participado das sessões anteriores. Esse horário alternativo possibilitou a participação de trabalhadores do turno noturno que estavam saindo do plantão e de dois trabalhadores que cumprem escala de serviço tanto no CTCriaC quanto no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), os quais se dispuseram a participar.

Como todos os participantes eram novos, seguiu-se a sequência da primeira sessão de GF, a qual foi descrita anteriormente. Optou-se por realizar a técnica de estímulo denominada “Minha vida pelas figuras” e, ao final da discussão, a dinâmica denominada “Mantenha cheio o seu balão”. Também foram apresentados os cartazes produzidos a partir das três sessões anteriores, ressaltando-se pontos em comum com o grupo atual e trazendo questionamentos pertinentes, os quais foram validados pelos participantes.

Destarte, o GF se mostrou, além de uma técnica de coleta de dados produtiva na pesquisa qualitativa, algo prazeroso e, por que não dizer, até como uma estratégia defensiva para enfrentar o sofrimento no trabalho de forma coletiva. Nesse enfoque, isso também foi abordado em uma pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem, a qual destacou que a participação no GF para eles, devido sua característica de intervenção na realidade, foi apontada como uma estratégia que aparece de forma eventual e significou que são ouvidos no trabalho (CARVALHO; FELLI, 2006). Portanto, as sessões de GF, podem ser consideradas como um benefício indireto da pesquisa realizada aos trabalhadores participantes, uma vez que oportunizou discussões e reflexões sobre o trabalho na oncologia pediátrica.

Nessa perspectiva, Minayo (2010) aborda que é necessário reforçar o papel complementar dos grupos focais, além da sua importância específica e única, pois seu emprego junto de outras técnicas, tais como histórias de vida, entrevistas e observação, oportuniza ao pesquisador construir uma série de possibilidades de informações que lhe permitem triangular olhares e alcançar mais informações sobre a realidade investigada, ao que o presente estudo se propôs.

Destaca-se que o emprego dessa técnica de coleta de dados buscou atender aos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho que, apesar de estar sendo utilizada como

referencial teórico na presente pesquisa, aborda a importância da escuta coletiva, oportunizada aqui pelas sessões de GF com os trabalhadores de enfermagem.

Ressalta-se, por fim, que no intervalo de tempo entre uma sessão e outra, com as falas do GF transcritas, foram realizadas reuniões com a professora orientadora, a fim de discutir os dados que haviam aparecido e adequar o guia de temas conforme necessidade de aprofundar ou incluir novas questões para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa. Assim, iniciou-se a fase de análise dos dados.

### **3.5 Análise dos dados**

#### 3.5.1 Dados sóciodemográficos

A partir do questionário para levantamento de dados sóciodemográficos foi realizada a caracterização dos participantes da pesquisa. Para isso, utilizou-se a estatística descritiva (LAKATOS; MARCONI, 2005) e os dados foram apresentados em percentuais e frequências, junto à discussão com a literatura especializada no tema.

#### 3.5.2 Observações simples

Quanto às observações simples ou não participante, elas auxiliaram principalmente na descrição da dinâmica de trabalho e para reflexões acerca do objeto de investigação, sendo que muitos aspectos observados em campo convergiram com as falas trazidas pelos trabalhadores durante as sessões de GF.

### 3.5.3 Grupo Focal

Em relação à análise dos dados do GF, Beck, Gonzales e Leopardi (2002b, p. 225), referem que “pode ser através de análise de conteúdo, categorização convencional ou em forma de diagramas, sendo que esta fase pode ser validada pelo grupo, que poderá mudar ou reconstruir o sistema de dados, para referir exatamente o que disseram”.

Consoante as mesmas autoras, a análise de conteúdo é um método de tratamento dos dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, que busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos, podendo organizar os dados em unidades léxicas (palavras significativas) ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão ou palavra).

Por conseguinte, as falas dos sujeitos foram analisadas conforme Minayo (2010), por meio da análise de conteúdo, com a construção de categorias temáticas representativas do fenômeno analisado e fazendo-se aproximações com o referencial teórico do estudo, isto é, a Psicodinâmica do Trabalho.

Vale ressaltar que a análise de conteúdo é a expressão mais frequentemente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa e “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p. 303).

Foi empregada a análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, a qual, segundo Minayo (2010, p. 316) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Essa se desdobra em três etapas distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim, as falas dos participantes, resultantes do GF, foram analisadas alicerçadas em tais etapas, somando-se à criatividade e intuição do pesquisador.

A primeira etapa da análise temática, denominada de pré-análise, consiste na seleção dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, podendo ser decomposta nas seguintes tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. É nessa etapa que se definem a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que nortearão a análise (MINAYO, 2010).

Ademais, o primeiro passo após a escuta atenta e a transcrição das falas literais das sessões de GF foi organizar o material impresso resultante destas e iniciar a leitura flutuante, isto é, ler e reler todo o material buscando impregnar-se de seu conteúdo. Nessa etapa, a leitura é realizada sem o compromisso objetivo de sistematização, mas com o intuito de apreender de forma mais geral todo o contexto, já emergindo as primeiras impressões. Desse modo, a partir delas, foram montados alguns esquemas gráficos, abarcando o universo da pesquisa de modo amplo.

Após inúmeras leituras flutuantes, conforme o contato com as ideias apresentadas se tornava mais profundo, o passo seguinte foi começar a destacar e fazer anotações no material impresso a partir das reflexões geradas pela leitura, dando-se sequência a constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

Para tanto, iniciaram-se novas leituras e a montagem de um quadro sinóptico no programa Word 2012, buscando separar/distinguir as falas dos participantes de acordo com os três objetivos propostos pela pesquisa, trazendo a fala literal, o extrato da fala, as reflexões obtidas a partir destas, o codinome e o setor dos participantes, a sessão de GF e autores que poderiam ser usados para embasar a posterior discussão.

É importante destacar que essa foi uma das fases mais demoradas e que gerou muitas dúvidas, entretanto contribuiu muito para a organização do corpus da pesquisa e para o aprofundamento dos dados coletados. Ao final da montagem do quadro, ele foi lido na íntegra e marcado por cores diferentes conforme semelhança das ideias apresentadas, sendo voltado aos esquemas gráficos a fim de reformula-los.

Posteriormente a esse momento, sentiu-se a necessidade de ver o material como um todo novamente, novas leituras foram realizadas e o destaque com marca textos em cores diferentes, contemplando os objetivos da pesquisa, o que ajudou a clarear mais ainda os dados.

Logo, iniciou-se a segunda etapa da análise temática, isto é, a exploração do material, a qual é uma operação classificatória que almeja alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, procede-se a categorização, que é o processo de redução do texto a expressões e palavras significativas (MINAYO, 2010).

Desse modo, já tendo ideia dos eixos temáticos, de algumas categorias e subcategorias, buscou-se realmente confirmar o que estava aparecendo. Foi impressa uma nova cópia das falas literais das sessões de GF, as quais foram mais uma vez lidas na íntegra, destacadas por cores, recortadas manualmente e colocadas em envelopes divididos pelos assuntos gerais que mais se sobressaíram, tais como família, cansaço, médicos, morte, dentre

outros e não mais pelos objetivos da pesquisa. Isso possibilitou “enxergar” melhor o todo e distinguir as categorias e subcategorias sobre dinâmica de trabalho, prazer, sofrimento e estratégias defensivas, sendo utilizados esquemas para inferir as conexões entre estes.

Salienta-se que neste processo de categorização levaram-se em consideração os critérios de repetição e de relevância dos pontos constantes no discurso dos participantes, tal como proposto por Turato (2003). Assim, destacaram-se as colocações recorrentes, mas também falas consideradas importantes na ótica da pesquisa.

A partir desse momento, iniciou-se a descrição dos resultados e um constante ir e vir nas falas dos participantes até a definição das categorias e subcategorias apresentadas no decorrer da dissertação, dando-se sequência à terceira etapa que consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nessa etapa os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que possibilitam ressaltar as informações obtidas, sendo propostas inferências e realizadas interpretações sustentadas no referencial teórico proposto inicialmente ou a partir de novas dimensões teóricas e interpretativas emergidas pela leitura do material (MINAYO, 2010).

Foram utilizadas também para reflexões sobre o objeto de investigação as observações apontadas pelos assistentes de pesquisa e os cartazes validados nas sessões de GF, convergindo com os dados encontrados.

Para melhor visualização dos resultados, listaram-se todas as categorias e subcategorias encontradas, agrupando-as de acordo com as semelhanças, sendo após apresentadas, sucintamente, em reunião com os assistentes de pesquisa que auxiliaram no GF a fim de validá-las.

Apesar dos dados serem provenientes de trabalhadores de diferentes categorias profissionais e de unidades com diferentes dinâmicas de trabalho foram analisados juntos, uma vez que houve semelhanças entre os mesmos, sendo que o intuito da pesquisa foi ter uma visão geral dos trabalhadores da oncologia pediátrica. Assim, alguns pontos de divergência considerados relevantes foram citados durante a descrição dos resultados.

### **3.6 Considerações éticas**

O projeto passou por todos os trâmites necessários para a sua execução, sendo primeiramente encaminhado para aprovação pelas unidades hemato-oncológicas elegidas e

respectiva instituição, cadastrado no Sistema de Informação para o Ensino (SIE), no Gabinete de Projetos (GAP) e na Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM em 11/12/2012 e posteriormente em 01/03/2013 (ANEXO A), após envio de emenda com solicitação de inclusão do Ambulatório de Quimioterapia, além do CTCriaC, como cenário de pesquisa, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número 11366112.5.0000.5346. Conseqüentemente, a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação pelo CEP, compreendendo o período de fevereiro a maio do ano de 2013.<sup>4</sup>

Os participantes do estudo foram convidados a participar de forma voluntária, assinando o TCLE (APÊNDICE D), em duas vias, o qual apresentava os objetivos e justificativas do projeto, garantia sigilo das identidades e respeito aos preceitos éticos necessários ao se realizar pesquisas com seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

No intuito de preservar o caráter confidencial da pesquisa, os participantes foram nomeados por meio da letra T, referindo-se a palavra trabalhador e por números arábicos conforme a ordem de manifestação no GF, compondo os códigos T1, T2, T3, T4 e assim por diante.

O material resultante da coleta de dados ficará guardado sob responsabilidade da professora orientadora da pesquisa, em armário contido na sala 1305B, do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e deve ser incinerado após um período de cinco anos, conforme o Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (TCPSD) (APÊNDICE E). Convém salientar que, durante esse período, os dados poderão ser acessados para releituras, constituindo assim um banco de dados para futuras pesquisas na temática.

Destaca-se ainda que, tendo em vista o papel social da pesquisa, a mestranda se compromete em apresentar os resultados obtidos na instituição participante, divulgar os achados em periódicos científicos e em eventos na área da saúde.

---

<sup>4</sup>Apenas as observações no CTCriaC começaram no mês de fevereiro, pois esta unidade já constava na aprovação pelo CEP. Já as observações no Ambulatório de Quimioterapia e as sessões de GF somente iniciaram no mês de março, após a aprovação da emenda.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas a caracterização sociodemográfica e laboral dos trabalhadores participantes da pesquisa; a dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica; os fatores geradores de prazer e sofrimento presentes no trabalho e as estratégias defensivas empregadas de modo individual e coletivo por esses trabalhadores.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos trabalhadores participantes da pesquisa

A caracterização dos participantes do estudo possibilitou conhecer esses trabalhadores, a fim de identificar aspectos comuns ao grupo e relacioná-los à temática prazer e sofrimento no trabalho. Assim, na Tabela 1 são apresentadas as variáveis sociodemográficas e laborais a partir da aplicação do questionário.

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, de acordo com características sociodemográficas e laborais, 2013. (n = 20).

Variáveis sóciodemográficas	Frequências	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	01	05
<b>Feminino</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
<b>Faixa Etária</b>		
<b>De 26 a 35 anos</b>	<b>07</b>	<b>35</b>
De 36 a 45 anos	05	25
De 46 a 55 anos	06	30
Até 56 anos	02	20
<b>Filhos</b>		
<b>Sim</b>	<b>13</b>	<b>65</b>
Não	07	35
<b>Cargo que ocupa na instituição</b>		
<b>Enfermeiro</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
<b>Técnico de Enfermagem</b>	<b>06</b>	<b>30</b>
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	<b>02</b>	<b>10</b>



<b>Maior nível de formação</b>		
Curso Técnico Enf.	01	05
Graduação em Enf.	01	05
<b>Pós-Graduação</b>	<b>18</b>	<b>90</b>
<b>Setor de trabalho atual</b>		
<b>CTCriaC</b>	<b>14</b>	<b>70</b>
Ambulatório de Quimioterapia	06	30
<b>Tempo de serviço na Enfermagem</b>		
Até 10 anos	05	25
De 11 a 20 anos	06	30
<b>De 21 a 30 anos</b>	<b>09</b>	<b>45</b>
<b>Tempo de serviço na área da oncologia</b>		
De 01 a 05 anos	04	20
De 06 a 10 anos	06	30
De 11 a 15 anos	02	10
<b>De 16 a 20 anos</b>	<b>08</b>	<b>40</b>
<b>Tempo de serviço na instituição</b>		
De 01 a 06 anos	05	25
De 07 a 12 anos	06	30
<b>De 13 a 18 anos</b>	<b>09</b>	<b>45</b>
<b>Tempo de serviço na unidade de oncologia atual</b>		
Menos de 01 ano	02	10
<b>De 01 a 06 anos</b>	<b>08</b>	<b>40</b>
De 07 a 12 anos	04	20
De 13 a 18 anos	06	30
<b>Turno de trabalho</b>		
Manhã	03	15
Tarde	02	10
<b>Manhã/tarde</b>	<b>09</b>	<b>45</b>
Noite	05	25
Noite/manhã	01	05
<b>Vínculo de trabalho com outras instituições</b>		
Sim	04	20
<b>Não</b>	<b>16</b>	<b>80</b>
<b>Último curso de atualização realizado</b>		
Até 06 meses	02	10
<b>01 ano atrás (2012)</b>	<b>10</b>	<b>50</b>
02 anos atrás (2011)	02	10
03 anos atrás (2010)	02	10
05 anos atrás (2008)	01	05
Não lembra	02	10
Não respondeu	01	05
<b>Escolheu trabalhar em oncologia pediátrica</b>		
Sim	04	20
<b>Não</b>	<b>16</b>	<b>80</b>
<b>TOTAL</b>		
	<b>20</b>	<b>100</b>

Em relação ao **gênero** dos participantes, evidencia-se a predominância do sexo feminino (95%, n = 19) entre os trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica. A caracterização da enfermagem como campo profissional predominantemente feminino é própria da história dessa profissão que já nasceu e se desenvolveu nessa perspectiva, o que é reforçado por dados fornecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011).

Salienta-se que apesar do número total de profissionais de enfermagem ter aumentando nas últimas décadas, a incorporação de trabalhadores homens nesse cenário ainda é gradual, persistindo a enfermagem como uma profissão essencialmente feminina (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011), processo esse denominado de “feminização” por alguns autores (LOPES; LEAL, 2005). Segundo Machado, Vieira e Oliveira (2012), na enfermagem, esse processo de feminização ultrapassa a 90%, o que é reiterado pelos dados encontrados nesta pesquisa.

Isso se deve, em grande parte, à concepção da profissão ligada às atribuições femininas, o que emprestou feições de gênero a mesma, centrando-se na evocação de certas qualidades ditas femininas, tais como dedicação, devotamento, paciência, destreza, compaixão, dentre outras, como esperadas de uma boa profissional (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Dessa forma, a enfermagem composta por mulheres, na sua maioria, é resultado de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos, sendo que os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino fundamentada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que continuam a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino na área da enfermagem (LOPES; LEAL, 2005), como se observa no presente cenário de investigação.

Quanto à **faixa etária** dos participantes, ela variou de 26 a 56 anos, sendo que 35% (n = 07) possuem entre 26 e 35 anos, seguidos pela faixa etária de 46 a 55 anos com 30% (n = 6) de representatividade.

Esses dados mostram-se muito semelhantes aos apresentados pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011) a partir da análise das inscrições dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011, que aborda que tais profissionais concentram-se na faixa etária de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 35,08% do total dos profissionais de enfermagem do Brasil. A maioria desses profissionais é do sexo feminino, o que corresponde a 87,16% do total dos profissionais de enfermagem, já os do sexo masculino correspondem a 12,65% (COFEN, 2011).

Quanto a **ter ou não filhos**, mais da metade dos trabalhadores os têm (65%, n = 13), o que remete a pensar no trabalho doméstico que se incorpora à jornada profissional, principalmente das trabalhadoras mulheres (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). Elas, geralmente, possuem uma dupla jornada de trabalho, pois além do vínculo empregatício possuem uma demanda doméstica que inclui cuidados com a casa e com os filhos, o que pode acarretar uma sobrecarga de trabalho e cansaço, como foi evidenciado na presente pesquisa.

Quanto ao **cargo que ocupam na instituição**, doze participantes eram enfermeiros (60%, n = 12), mas também houve a inclusão de técnicos e auxiliares de enfermagem. A enfermagem é composta por uma equipe hierarquizada, formada por três categorias distintas, a saber: auxiliares e técnicos de enfermagem, de nível fundamental e médio, respectivamente, e enfermeiros, oriundos do ensino superior. Tais categorias foram definidas pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, na qual estão estabelecidas as atribuições de cada uma delas (SANTO et al., 2010). Ainda, no que se refere aos serviços de quimioterapia antineoplásica, tais como os setores pesquisados, elas possuem atribuições diferenciadas, regulamentadas pela resolução COFEN 210/98 e 257/2001.

Em relação ao **maior nível de formação**, 90% (n = 18) dos trabalhadores possui pós-graduação, independente da categoria profissional ocupada na instituição. Dentre elas, 16 são em nível de Especialização e duas em nível de Mestrado, nas áreas de Administração e Saúde Coletiva.

Quanto às áreas de especialização foram apontadas Gestão Ambiental/Educação Ambiental (04), Saúde Pública/Coletiva (04), Saúde do Trabalhador (02), Oncologia Clínica (02), Cuidados Intensivos (01) e Metodologia do Ensino Superior (01), sendo que três participantes não especificaram e um referiu possuir duas especializações. Nota-se que a maioria das especializações foi na área da saúde, relacionadas ao trabalho de enfermagem e algumas específicas na área da oncologia.

Foi possível evidenciar que cinco trabalhadores (dois auxiliares e três técnicos de enfermagem) informaram que possuem graduação em outras áreas (quatro em Gestão Pública e um em Serviço Social). Já outros dois técnicos de enfermagem possuem graduação em enfermagem. Assim, dentre os 20 participantes apenas um enfermeiro e um técnico de enfermagem não possuem formação complementar, sendo que todos os demais têm pós-graduação.

Percebe-se assim que essa equipe demonstra estar preocupada em continuar se qualificando, além da formação mínima requerida ao seu cargo na instituição. Isso pode ser motivado, como evidencia pesquisa com técnicos de enfermagem que cursam graduação em

enfermagem, pela busca de aquisição de saberes e pelo desejo de melhores condições de trabalho e salários, já que, conforme evoluem na construção do conhecimento, têm perspectivas de mudança do padrão financeiro, o que impulsiona na busca de seus objetivos, considerando-se que é árdua a associação entre estudar e trabalhar concomitantemente (FONTANA; BRIGO, 2011).

Ainda, essa busca por qualificações pode estar relacionada ao plano de carreira e ao estímulo à capacitações presentes na instituição federal, tal como a Resolução n. 015/2002 que regulamenta a concessão de afastamento de servidores docentes e técnico-administrativos da UFSM para realização de ações de capacitação o que, muitas vezes, não é ofertado pelas instituições privadas (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002).

Quanto aos **setores pesquisados**, a maioria dos participantes trabalha atualmente no CTCriaC<sup>5</sup> (70%, n = 14), mas a participação dos trabalhadores do Ambulatório de Quimioterapia também se mostrou significativa, pois a equipe deste é menor em relação a unidade de internação. Essas duas unidades estão envolvidas no atendimento em oncologia pediátrica sendo que, muitas crianças atendidas frequentam ambos os setores, dependendo da doença de base e da fase do protocolo quimioterápico instituído.

Salienta-se que alguns participantes já trabalharam em ambos os setores envolvidos na pesquisa, em diferentes períodos, enquanto outros ainda trabalham concomitantemente no CTCriaC e CTMO (três). Isso demonstra que muitos trabalhadores conhecem diferentes realidades e rotinas dentro da especialidade da oncologia, trabalhando tanto com crianças quanto com adultos, o que requer competências distintas e torna mais complexa a atuação, pois o cuidado de enfermagem prestado à criança é diferente do cuidado dispensado ao adulto (BARROS, 2011).

Quanto ao **tempo de serviço** dos trabalhadores, este variou de cinco a 30 anos, sendo que quase a metade dos participantes (45%, n = 09) possui um tempo de atuação na enfermagem relativamente grande, isto é, entre 21 a 30 anos. O **tempo de serviço na área da oncologia** variou de um a 20 anos, estando 40% (n = 8) dos participantes trabalhando nessa especialidade de 16 a 20 anos.

Em relação ao **tempo de serviço na instituição** pesquisada houve variação de um a 18 anos, sendo que 45% (n = 09) já trabalham no HUSM de 13 a 18 anos. Assim, esses dados caracterizam uma equipe que possui certo conhecimento e vivências dentro da enfermagem,

---

<sup>5</sup> Considerado três trabalhadores que também fazem escala no CTMO.

da oncologia e da instituição onde atuam. Já o **tempo de serviço na unidade de oncologia atual** foi apontado entre cinco meses a 18 anos, estando 40% (n = 8) dos pesquisados de um a seis anos atuando em uma das referidas unidades, seguido por 30% (n = 6) atuando de 13 a 18 anos.

Foi possível observar pelas diferenças entre os tempos de serviço e pelas anotações trazidas nos questionários que vários participantes já trabalhavam anteriormente na oncologia em unidades específicas de adultos, dentro da própria instituição e também em outras instituições privadas.

A partir desses dados, percebeu-se que há trabalhadores iniciando nesta área específica como também outros com mais experiência e tempo de serviço. Portanto, pode-se inferir que os trabalhadores iniciantes estejam ainda se adequando às singularidades da oncologia pediátrica, ao passo que os trabalhadores mais antigos provavelmente estejam mais adaptados ao cotidiano de trabalho e, possivelmente, gostam do que fazem e sentem-se satisfeitos, para permanecem nessa especialidade por vários anos.

Nesse sentido, estudo com enfermeiros portugueses refere que existe evidência estatística para afirmar que quanto maior o tempo de serviço maior a satisfação no trabalho, já que um enfermeiro com mais tempo de serviço tem mais experiência, teve mais oportunidades de ver concretizadas as suas expectativas, além de maior capacidade de lidar com as adversidades e com a complexidade inerente ao cuidar (MAIA, 2012).

Quanto ao **turno de trabalho** houve a participação de trabalhadores de todos os turnos, ou seja, manhã, tarde e noite, sendo que a maioria dos participantes referiu trabalhar no turno diurno (70%, n = 14). Destes, 45% (n = 09) referiram não ter turno fixo, trabalhando tanto pela manhã como pela tarde. Já 25% (n = 05) referiram trabalhar somente no noturno.

A enfermagem é caracterizada por atividades organizadas em sistema de turnos, principalmente no ambiente hospitalar, a fim de suprir a necessidade de uma assistência ininterrupta por 24 horas tendo-se essencialmente dois turnos, isto é, diurno e noturno.

Sabe-se que há diferenças entre estes em relação ao ritmo de trabalho, pois geralmente na noite dá-se a continuidade da assistência, mas sem a realização de algumas atividades restritas ao período diurno, o qual apresenta um ritmo mais intenso de trabalho. Entretanto, no turno da noite é comum a redução de pessoal em relação ao diurno e os trabalhadores relatam alterações no sono, nos hábitos alimentares e na rotina do dia-a-dia (OSORIO et al., 2011). Portanto, cada turno de trabalho tem suas especificidades e pode acarretar consequências à saúde do trabalhador.

Ressalta-se que as unidades pesquisadas possuem turnos de trabalho distintos, pois o Ambulatório de Quimioterapia não presta atendimento noturno, apenas diurno, o que é característico do serviço em ambulatórios que têm a carga horária distribuída nos cinco dias úteis da semana e jornadas de duração variadas, conforme a instituição (OSORIO et al., 2011).

Em relação à **carga horária**, foi mencionado pela maioria dos participantes o cumprimento de um regime semanal de 33 horas, estabelecido em acordo com a instituição. A jornada de trabalho da enfermagem ainda não é regulamentada por Lei, valendo a livre negociação. Logo, varia entre 30 horas semanais, comumente adotadas no serviço público e 40 a 44 horas semanais, mais utilizadas nas instituições hospitalares privadas. No entanto, está em curso uma mobilização na luta pela regulamentação das 30 horas semanais através do Projeto de Lei 2295/2000 (BARRETO; KREMPEL; HUMEREZ, 2011). Essa redução da jornada de trabalho visa diminuir o desgaste físico e emocional e os riscos decorrentes do trabalho (PIRES, 2010).

Já a presença de **vínculo empregatício com outra instituição** foi apontada por 20% dos participantes (n = 04), sendo que a maioria (80%, n = 16) referiu trabalhar somente no HUSM. Os vínculos empregatícios mencionados também são na área da enfermagem.

Esse fato ocorre em maior proporção em outros estudos, como em pesquisa com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, na qual cerca de 47% dos trabalhadores apresentavam mais de um vínculo empregatício, o que foi relacionado à remuneração insuficiente que pode ser responsável pela necessidade de manter outro vínculo de trabalho. Isso é possível nessa profissão, pois permite conciliar o trabalho em turnos diferentes, levando o trabalhador a sacrificar seus horários de descanso e lazer para manter mais de um emprego (MAURO et al., 2010).

Entretanto, no cenário pesquisado isso se mostra diferente, talvez porque os trabalhadores estejam satisfeitos com sua remuneração, sentem-se sobrecarregados devido às atividades que já fazem ou até por saturação do mercado de trabalho atual. Geralmente, a explicação mais razoável para se trabalhar em mais de um emprego é a necessidade ou desejo de querer ganhar mais dinheiro, mas não a única (MAIA, 2012). Assim, os trabalhadores participantes podem estar envolvidos em outros projetos ou terem outros anseios como se dedicar mais à família ou investir tempo em sua formação/qualificação.

Quando abordado em relação ao **último curso de atualização realizado**, 50% dos participantes (n = 10) referiram que foi há um ano. Outros mencionaram que não fazem nenhuma atividade de atualização entre três e cinco anos. Contudo, identificou-se que a

maioria realizou algum curso há pelo menos dois anos, buscando aperfeiçoamento profissional. Grande parte desses foi na área da enfermagem, relacionados à oncologia. Também foram citados cursos de humanização, lesões de pele, Educação Ambiental, Saúde Pública e administração e a participação em eventos como no Congresso Brasileiro de Enfermagem; Semana de Enfermagem do Hospital Mãe de Deus e no Hospital de Clínicas.

Ressalta-se assim, que a oncologia pediátrica é uma área de atuação bastante específica e em constante transformação, além de ser pouco enfatizada nos cursos de formação em enfermagem, o que demanda a constante busca por atualização pelos trabalhadores, a fim de estarem instrumentalizados para o cuidado integral e humanizado (AMADOR et al., 2011). Desse modo, a aquisição de novos conhecimentos pode levar a reflexão da prática e ao aprimorando da assistência à criança com câncer.

Por fim, foi abordado sobre a **escolha de trabalhar em oncologia pediátrica ou não**, sendo que 80% dos participantes (n = 16) relataram não ter escolhido por vontade própria esta área de atuação, mas que foram lotados nestas unidades por necessidade da instituição. Isso acontece principalmente devido a necessidade de pessoal em determinados serviços, o que pode ter tornado o início do tempo de atuação desses profissionais mais sofrido, por não terem experiência e afinidade com a área.

Valer salientar que os 20% (n = 04) que referiram ter escolhido trabalhar na oncologia pediátrica por opção, mencionaram que fizeram essa escolha por gostar e se identificar com a área e com crianças e ainda, por já ter certa experiência profissional. Isso é relevante, pois “a empatia do profissional de enfermagem com o setor de oncologia é muito importante, à medida que leva a um trabalho mais motivante e, conseqüentemente, mais acolhedor à criança” (MARANHÃO et al., 2011, p. 109), o que pode tornar esse trabalho mais prazeroso e menos gerador de sofrimento aos trabalhadores.

Destarte, sabe-se que os participantes da pesquisa foram em sua maioria mulheres; com filhos; enfermeiras; na faixa etária de 26 a 56 anos; com um tempo de serviço na enfermagem, na oncologia e na instituição relativamente grande; a maioria pós-graduada; com turno de trabalho diurno; sem outros vínculos empregatícios e que não escolheram trabalhar em oncologia pediátrica, mas que permaneceram nesses setores, sendo o setor do CTCriaC com maior representatividade.

A seguir, serão apresentados os eixos, categorias e subcategorias temáticas da pesquisa, ilustrados no quadro abaixo:

Quadro1 - Eixos temáticos, categorias e subcategorias temáticas da pesquisa, 2013.

Eixo temático	Categorias temáticas	Subcategorias
<b>Entre o trabalho real e o trabalho prescrito</b>	<b>A dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Singularidades do trabalho com a criança</li> <li>- Singularidades da equipe de enfermagem em oncologia pediátrica</li> </ul>
<b>Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<b>Prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado ao cuidado da criança (gostar de trabalhar com a criança; o sorriso e o carinho transmitido pela criança; vínculo criado que se mantém)</li> <li>- Relacionado ao reconhecimento do trabalho realizado (advindo especialmente dos pacientes, familiares e colegas)</li> <li>- Relacionado ao relacionamento interpessoal e equipe de enfermagem</li> <li>- Relacionado a estar tudo bem no ambiente laboral</li> </ul>
	<b>Sufrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relacionado à assistência a criança (na punção venosa; medo de errar com a criança; identificação/associação com familiares; demora na realização de exames e diagnósticos; as recidivas; o manejo paliativo inadequado; a morte e o vínculo excessivo)</li> <li>- Relacionado ao convívio com o familiar/acompanhante da criança (dificuldades relacionadas aos familiares; cobranças por parte destes; desrespeito com a enfermagem; exposição dos trabalhadores; não cumprimento das rotinas)</li> <li>- Relacionado à organização do trabalho (falta de rotinas e/ou descumprimento no cotidiano de trabalho; recursos humanos insuficientes e dificuldades no trabalho multidisciplinar; cansaço; dificuldades de relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de enfermagem e questões institucionais como escala, falta de resolutividade, de apoio e de reconhecimento pelos níveis superiores)</li> <li>- Sofrimento acarretando doenças relacionadas</li> </ul>



		ao trabalho
<b>Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<b>Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento gerado no início da assistência à criança com câncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuga</li> <li>- Pensar na criança para além da doença</li> <li>- Aprender para ajudar</li> </ul>
	<b>Estratégias defensivas gerais frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separar a vida social/pessoal da vida do trabalho/profissional</li> <li>- Conversar com familiares, consigo mesmo e com colegas de trabalho: uma forma de dividir as angústias do trabalho</li> <li>- Impor-se limites e dedicar-se a si mesmo</li> <li>- Se valorizar, aprender com os erros e tirar o lado bom da situação como um aprendizado</li> <li>- Enxergar de maneira diferente os problemas</li> <li>- Cultivar a espiritualidade/religiosidade</li> <li>- Introspecção e bom humor no trabalho</li> <li>- Pensar em folga/férias/atestado: uma fuga nos momentos difíceis</li> <li>- Continuar trabalhando: estratégia empregada frente às situações geradoras de sofrimento no turno de trabalho</li> </ul>
	<b>Estratégias defensivas empregadas frente às recidivas, manejo paliativo e morte em oncologia pediátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformismo</li> <li>- Aprender a conviver e desenvolver um novo olhar a partir da morte</li> <li>- Distanciar-se do convívio com a criança</li> </ul>

## 4.2 Entre o trabalho real e o trabalho prescrito

Este eixo temático tem por objetivo descrever a dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, isto é, como é organizado este trabalho tanto em nível ambulatorial quanto na internação, assim como as singularidades presentes nessa especialidade e as repercussões deste para os seus trabalhadores. Para tanto, essa descrição foi baseada nas observações realizadas em ambos os setores e a partir das falas dos trabalhadores participantes das sessões de GF.

A realidade do trabalho é muito complexa, pois nenhuma regra pode dar conta de todas as situações, há uma infinidade de possibilidades distintas das previstas pela prescrição que podem ocorrer no momento da execução, como ineditismos, imprevistos, ambivalências, contradições e falhas. E o trabalhador é quem lida com esses imprevistos, depara-se com a realidade e avalia se as condições de trabalho dão suporte à execução e se deve ou não seguir as regras para alcançar os resultados almejados (ANJOS, 2013).

O trabalho real diz respeito ao que o trabalhador efetivamente executa no seu cotidiano, podendo ser diferente daquele prescrito pela organização do trabalho. Desse modo, a técnica da observação permitiu perceber a realidade dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica e sua imbricada relação com os sentimentos de prazer e sofrimento inerentes a este trabalho.

Nesse sentido, cada setor investigado neste estudo possui uma dinâmica de trabalho singular, inicialmente partindo do pressuposto de sua forma de atendimento, considerando um ambiente destinado à internação e o outro ao atendimento ambulatorial, entretanto, mesmo assim, compartilham em comum a mesma clientela e a essência do trabalho de enfermagem em si.

### 4.2.1 A dinâmica de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica

Na **unidade de internação** há uma equipe de enfermagem composta por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, os quais se revezam entre os turnos manhã, tarde e noite, a fim de atender aos 18 leitos disponibilizados. Geralmente, em cada turno há um enfermeiro e três técnicos ou auxiliares de enfermagem que realizam a assistência aos

pacientes, sendo eles crianças, adolescentes e, eventualmente, adultos, pois dependendo do diagnóstico (algumas leucemias, tumores germinativos) são tratados pela equipe médica da oncologia pediátrica e, portanto, internam nessa unidade.

O regime de trabalho é documentado por uma escala de serviço diurna e noturna, sendo que para o fechamento adequado desta são necessários trabalhadores do Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) e, por vezes, do Ambulatório de Quimioterapia, além dos Adicionais de Plantão Hospitalar (APH), devido à falta de pessoal, aos atestados e licenças médicas. Salienta-se que no período de observação, nessa unidade, dois trabalhadores encontravam-se afastados do trabalho por motivo de saúde.

O enfermeiro fica responsável pela gerência do turno, tendo como atividades privativas a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a administração da terapia antineoplásica. Já os técnicos e auxiliares se dividem e ficam, geralmente, dois nos cuidados diretos, como verificação dos sinais vitais, punções venosas periféricas, entre outros e um no preparo e administração das medicações, conforme prescrição médica.

Há a presença do plantão médico, principalmente no turno da manhã, juntamente com outros profissionais, tais como psicóloga e nutricionista, além dos alunos da residência multiprofissional. Já no turno noturno, apenas a enfermagem está presente frente à assistência aos pacientes, o que se mostrou um fator gerador de sofrimento aos trabalhadores em algumas ocasiões, uma vez que há somente a supervisão médica da unidade de terapia intensiva pediátrica e não presente no setor.

No turno da manhã rotineiramente ocorre a coleta de exames laboratoriais, higiene corporal, realização de curativos e o aprazamento e encaminhamento das prescrições médicas. Já no turno da tarde, frequentemente, acontece a administração dos quimioterápicos e as internações e altas hospitalares, mas também há o recebimento de pacientes novos nos demais turnos. Essas atividades exigem uma maior dedicação por parte da equipe de enfermagem, pois geralmente a criança e seus familiares chegam bastante angustiados e nervosos, sendo acolhidos e orientados pelo enfermeiro do turno.

Observou-se que, além desse momento de orientação na recepção do paciente, o enfermeiro tem um importante papel de educador em saúde, por exemplo, quando informa e ensina o significado dos resultados dos exames laboratoriais aos familiares, assim como os devidos cuidados em função destes, tais como a necessidade de isolamento protetor e repouso no leito, e quando orienta sobre a colocação de cateter central pré-procedimento, por meio de

material didático. Nesse sentido, percebem-se estas atividades como rotina intrínseca ao trabalho da enfermagem neste setor, tal como evidenciado na fala de um trabalhador.

*[...] esse acolhimento acontece desde quando o paciente chega [...] o pessoal se preocupa muito em ir dando as notícias aos poucos, apresentando a unidade, dando o entendimento que o paciente precisa e que o familiar também precisa [...]*  
T13/GF2

Os pacientes internam nessa unidade tanto para confirmar diagnósticos; para iniciar ou dar continuidade ao tratamento quimioterápico; para antibioticoterapia decorrente de mielodepressão após quimioterapia ou devido demais efeitos colaterais das medicações; para realização de exames ou cuidado paliativo. Notou-se que a internação, muitas vezes, é sentida pelos pacientes e trabalhadores como um evento triste, ao contrário da alta hospitalar, quando, inclusive, algumas crianças procuram os trabalhadores para se despedir de forma carinhosa, demonstrando o vínculo que se forma nessa relação.

No final da manhã ou à tarde ocorre a passagem de *round* entre os médicos, com a participação da enfermeira do turno e, às vezes, de outros profissionais como nutricionista e psicóloga, no qual são discutidos os casos individuais de cada paciente internado.

Entre as trocas de turno da equipe de enfermagem acontece a passagem de plantão, na qual são repassadas informações importantes acerca dos pacientes internados, procedimentos realizados e por realizar, a fim de dar continuidade à assistência de enfermagem nas 24 horas do dia. Esse momento, por vezes, é vivenciado com certa aflição pelos trabalhadores, tanto por aqueles que estão iniciando o turno, principalmente por ainda não saberem como estão os pacientes, isto é, “o que os espera”, quanto pelos que estão finalizando o plantão, pois podem estar deixando algumas pendências.

Tangenciando essa questão, surge a impressão de que o trabalho de enfermagem ocorre de forma fragmentada, não em 24 horas ininterruptas por uma equipe de enfermagem, mas por turnos. Entretanto, entre os colegas de turno de trabalho percebe-se uma boa convivência e relacionamento interpessoal.

No **serviço ambulatorial** a equipe de enfermagem tem uma composição distinta, ou seja, é formada por uma maioria de enfermeiros, tendo apenas um técnico de enfermagem, o qual é responsável pelo preparo das medicações pré-quimioterapia. Os enfermeiros se revezam entre as demais atividades, principalmente punções venosas e de cateteres centrais, administração da terapia antineoplásica e evoluções dos pacientes, os quais são tanto crianças, adolescentes, adultos e idosos. Essa diferenciação atende a resoluções e portarias específicas

que trazem as atribuições dos trabalhadores de enfermagem em serviços de oncologia<sup>6</sup>.

É importante salientar que esse setor presta atendimento de segunda a sexta-feira, apenas no turno diurno, constituindo-se a quarta-feira o dia com maior número de atendimentos de crianças e adolescentes. O atendimento é realizado por agendamentos prévios na parte da manhã e por atendimento da demanda das consultas médicas no período da tarde não tendo, portanto, um número fixo de pacientes por dia, o que pode variar muito, com uma média de 60 pacientes por dia, conforme estatística realizada no setor pelos próprios trabalhadores. Assim, o atendimento é marcado pela imprevisibilidade, pois não há como prever corretamente quantos pacientes serão encaminhados das consultas médicas para fazer quimioterapia, o que acarreta sobrecarga de trabalho e sofrimento aos trabalhadores.

Além disso, nos horários de maior pico de atendimentos, geralmente entre o final da manhã e início da tarde, muitas vezes, não há estrutura para acomodar todos os pacientes, principalmente aqueles com protocolos mais longos, e necessitam remarcar pacientes para o dia posterior, o que os angustia em vista de muitos serem provenientes de outras cidades ou acomodá-los nos consultórios e sala de procedimentos para poderem receber a quimioterapia naquele dia.

As falas abaixo elucidam estas questões:

*[...] a gente está trabalhando no limite, mas sempre a gente dá conta [...] a gente se quebra, mas a gente dá conta... hoje a gente atende 50 pacientes, amanhã a gente atende 100 [...] T3/GF1*

*A gente acaba resolvendo o problema ali, porque a gente é comprometida, é responsável. A gente sabe que o paciente precisa, por mais que a estrutura não comporte a gente sempre dá um jeito, o que causa sofrimento na gente [...] T1/GF3*

Nesse sentido, os trabalhadores de enfermagem que atuam no ambulatório percebem a dinâmica de trabalho do setor como inadequada e possível geradora de adoecimento, não havendo uma perspectiva de melhora da situação.

*[...] a estrutura física é pequena, não dá conta, os processos de trabalho, as dinâmicas de trabalho, como está organizado as agendas, os encaminhamentos também faz com que aumente a nossa carga de trabalho, o nosso estresse. Eu acho que é a estrutura física do local de trabalho e o processo de trabalho, a dinâmica que é o que está fazendo com que a gente adoça, porque a gente gosta de trabalhar, a gente não se nega a atender, só que a gente está ali espremido naquele canto, a gente não enxerga para fora, não sabe se está chovendo, se tem sol e cada vez mais pacientes... A gente fala e quem poderia mudar essa dinâmica de trabalho não muda, porque bem ou mal não atinge a eles... T3/GF3*

---

<sup>6</sup> Resolução COFEN 210/98 e 257/2001.

Outro fator observado foi a ausência de plantão médico no setor, para tal é necessário recorrer ao contato telefônico para chamar o plantão em casos de intercorrências, as quais são relativamente comuns no cotidiano de trabalho, principalmente devido aos efeitos colaterais das drogas administradas. Comumente os médicos vão ao setor somente para realizar procedimentos ou quanto chamados para atender alguma emergência.

Nessa perspectiva, percebeu-se a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito, pois a presença de plantão médico nesses setores é uma necessidade, mas não ocorre como deveria ser conforme previsto na legislação<sup>7</sup>, o que interfere e sobrecarrega o trabalho da enfermagem. Isso se aplica também a unidade de internação e se mostra presente na fala de um trabalhador:

*[...] é o que está lei, é só pegar a lei, o que é um CACON, o que é um UNACON [...] tem que ter médico de plantão! Cadê? Nós queremos esse médico [...] T7/GF1*

O trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa, isto é, um registro que satisfaz uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização, se constituindo fonte de reconhecimento e de punição para quem não a obedece. Já o trabalho real é o próprio momento de execução (ANJOS, 2013). Em outras palavras, o trabalho prescrito é a tarefa, ou seja, o que deve ser executado, enquanto que o trabalho real é a atividade, ou seja, a realização da tarefa (FERREIRA, 2013).

Destaca-se que o trabalho real é a modo desenvolvido pelo trabalhador para lidar com as situações reais de trabalho, as quais são compostas pelas interações dos trabalhadores com os recursos disponibilizados pela organização e as pessoas participantes do processo de trabalho. Assim, a diferença entre o trabalho prescrito pela organização e as situações reais de trabalho é considerada o próprio trabalho ou a forma de trabalhar do trabalhador, sendo que na lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, encontram-se os conflitos, as contradições, as incoerências e inconsistências do trabalho, chamados de constrangimentos, já que impõem dificuldades aos trabalhadores (COSTA, 2013).

Além disso, outro fator mencionado como gerador de angústia aos trabalhadores e que confirma a defasagem entre o trabalho prescrito e o real foram as prescrições médicas, que ainda são realizadas manualmente no setor ambulatorial e suscitam muitas dúvidas e tensão na

---

<sup>7</sup> A alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica atual está composta por estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os estabelecimentos habilitados como UNACON e CACON devem ofertar assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento. Estão envolvidas na Política Nacional de Atenção Oncológica a Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005 e Portaria SAS/MS nº 741, de 19/12/2005.

rotina de trabalho, como o medo de errar.

*Acho que uma das questões que mais nos incomoda também é a questão das prescrições, a gente tem que estar muito atenta: questão de datas, de doses, nome dos pacientes. A gente sabe que existem ferramentas que poderiam ser utilizadas para minimizar esses problemas, no caso, a prescrição eletrônica que é uma realidade em vários serviços e no nosso ainda é aquela coisa feita a mão, que não está em conformidade com as leis, com a legislação e que traz estresse e sofrimento também para a gente, porque a gente fica muito angustiada quando chega uma pasta, a gente não entende o nome do paciente, a gente não entende, às vezes, a dose da medicação e a carga de trabalho daquele dia está muito grande, se a gente não percebe alguma coisa, miligramas trocada por gramas, às vezes passa, então a gente fica tensa... T3/GF3*

Igualmente, os trabalhadores demonstraram sentir falta de outros profissionais, também importantes no atendimento aos pacientes, como psicólogos e nutricionistas, pois os únicos disponíveis são os da Residência Multiprofissional. Porém não conseguem atender a demanda do setor, cabendo assim à equipe de enfermagem dar conta de certas dúvidas e necessidades dos pacientes tanto adultos quanto crianças.

Salienta-se que é habitual receber novos pacientes para iniciar o tratamento quimioterápico, os quais passam por uma consulta de enfermagem para orientações gerais acerca dos cuidados necessários durante o tratamento. Isso é realizado mais com os pacientes adultos do que com as crianças, pois comumente as crianças e familiares recebem orientações na unidade de internação, em função de frequentemente iniciarem o tratamento nesta e dar a continuidade no Ambulatório de Quimioterapia. Contudo, por vezes, em decorrência da grande demanda de atendimento, os trabalhadores atendem os pacientes novos sem orientá-los como realmente gostariam e como sabem que seria a forma mais adequada o que, por vezes, gera sentimentos de frustração.

Ainda, percebeu-se que o trabalho nesse setor é bastante complexo, devido à necessidade de atendimento de crianças e adultos concomitantemente, o que exige dos trabalhadores maior atenção e cuidados diferenciados. Além disso, os trabalhadores angustiam-se por não conseguirem, muitas vezes, separar fisicamente os pacientes adultos das crianças, assim os atendem separados por um biombo.

O ambiente desses setores é geralmente agitado e barulhento quando há mais crianças com idade entre um e cinco anos, porque o choro e os gritos são uma constante durante os plantões, principalmente quando se realiza o procedimento de punção venosa periférica. O turno da noite é geralmente mais calmo nesse sentido.

Em ambos os serviços, internação e ambulatorial, existem inúmeras rotinas que dão embasamento aos cuidados de enfermagem, as quais são guiadas pelos Procedimentos

Operacionais Padrão (POPs) da instituição, pelo manual de gerenciamento da rotina da Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA) e normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Todavia, essas rotinas nem sempre são seguidas completamente pelos trabalhadores, devido vários fatores como falta de pessoal, falta de materiais adequados e sobrecarga de trabalho, o que reforça a diferença entre o trabalho real e o prescrito pela organização do trabalho, isto é, o que a organização espera que o trabalhador faça e o que realmente ele consegue fazer, emergindo dessa defasagem o sofrimento no trabalho, tal como se evidencia na fala abaixo:

*[...] o uso dos equipamentos de proteção individual, uns usam, os outros não usam... aí tu vai pedir avental, não tem e aí? A gente continua trabalhando sem avental... e amanhã a gente vai estar doente e daí? Ninguém vai dar uma estátua para mim lá na frente do hospital me homenageando porque eu instalei não sei quantas quimioterapias sem avental, pingou, respingou nos meus olhos, respingou nas minhas mãos... T3/GF1*

É interessante destacar que o real se manifesta de modo intempestivo, como furo ou ruptura do prescrito, sendo que desse encontro é colocada em questão a aparente harmonia do ordenamento simbólico do prescrito. Assim, as experiências dos trabalhadores ultrapassam as prescrições, extrapolam aspectos físicos, alcançam a subjetividade, as relações interpessoais e a dimensão intersubjetiva mobilizada (FERREIRA, 2013).

Desse modo, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos a fatores precipitadores de sofrimento em seu cotidiano, originários da própria organização do trabalho, os quais impõem a divisão de tarefas, ritmos de trabalho e inúmeras regras padronizadas que, muitas vezes, não correspondem ao real desejo do trabalhador. Assim, o trabalho da equipe de enfermagem caracteriza-se por ser um processo organizativo influenciado pela fragmentação, isto é, segue os princípios taylorizados e possui como objeto de trabalho o sujeito doente (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Destarte, foi possível constatar que as observações relacionadas à dinâmica de trabalho nos serviços pesquisados vão ao encontro das falas dos trabalhadores trazidas no GF, mostrando a íntima relação dessas com os fatores geradores de prazer e sofrimento na enfermagem em oncologia pediátrica.

Ainda, em relação à dinâmica de trabalho, outra questão que se mostrou importante foi a presença de pacientes adolescentes e adultos no cotidiano de trabalho, pois apesar da presente pesquisa ter sido direcionado a área da oncologia pediátrica, percebeu-se por meio das falas dos trabalhadores a menção constante a eles, principalmente presentes no



Ambulatório de Quimioterapia, pois fazem parte da clientela atendida.

Portanto, em inúmeros momentos, além da criança, foram lembrados pelos trabalhadores os pacientes adolescentes e adultos, até em decorrência de vivências prévias em outras unidades, como se nota nas falas abaixo:

*[...] a gente trabalha com crianças e adolescentes [...] T2/GF1*

*Eu também trabalhava com adulto, aí fui trabalhar no ambulatório e aí que comecei a trabalhar com as crianças [...] T3/GF1*

Assim sendo, no decorrer da dissertação serão também mencionados os pacientes adolescentes e adultos em função de também fazerem parte da dinâmica de trabalho dos setores envolvidos na pesquisa, não sendo possível dissociá-los destes cenários. Entretanto, no intuito de focar a perspectiva da oncologia pediátrica, a seguir serão apresentadas as singularidades do trabalho com a criança e as singularidades da equipe de enfermagem que trabalha nessa especialidade.

No que tange à subcategoria temática **“Singularidades do trabalho com a criança”**, conforme os trabalhadores, o cuidado à criança é bastante singular e distinto do cuidado direcionado ao adulto como denotam as falas abaixo:

*[...] o cuidado é diferenciado, diferente do cuidado com o adulto, as medicações, os procedimentos [...] T3/GF1*

*[...] eu me concentro mais no momento que eu estou atendendo uma criança do que um paciente adulto, porque eu acho que eles exigem isso da gente [...] T1/GF1*

Para tal, atender a criança pode exigir mais do trabalhador, tanto no aspecto técnico quanto emocional, ainda mais quando prestam este atendimento de forma concomitante, uma vez que é necessário estar sempre atento às diferenças entre os pacientes, o que pode ocasionar uma tensão constante devido ao medo de errar.

Ao desenvolver a assistência à criança hospitalizada e sua família, o trabalhador diferencia o cuidado à criança do cuidado ao adulto, salientando que com a criança há uma exigência maior, uma dedicação e doação diferente, podendo, inclusive, abalar psicologicamente este (PAGLIARI et al., 2008).

Assim, cuidar dessas crianças demanda dos trabalhadores de enfermagem atitudes e postura diferenciadas, tanto para promover uma assistência especializada e qualificada, quanto para manter o equilíbrio emocional frente às diversas situações desgastantes e estressantes que enfrentam no seu dia a dia de trabalho.

Nesse sentido, o cuidado em oncologia pediátrica é um desafio que exige muito além de recursos materiais e terapêuticos específicos, mas requer trabalhadores qualificados e comprometidos com o cuidar integral e que tenham disponibilidade, flexibilidade, capacidade de interação, reconhecimento de limites, postura ética e sensibilidade de lidar com crianças e seus familiares. São essas competências indispensáveis ao sucesso da terapêutica e do relacionamento entre o trinômio enfermagem-criança-família (AMADOR et al., 2010).

Diante disso, deve-se buscar integrar na assistência à saúde da criança com câncer, a objetividade, representada pelas técnicas e a subjetividade, por meio do amparo e aconchego, tanto à criança quanto à sua família, a partir de uma abordagem humanizada (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010) o que configura um desafio constante para a equipe de enfermagem.

Portanto, fatores de destaque face ao cuidado da criança são o vínculo e a afinidade, em virtude do tratamento ser longo, o que oportuniza uma maior convivência com os pacientes e seus familiares. Os trabalhadores de enfermagem naturalizam a necessidade de construção de vínculos, assim como notam que possuem maior afinidade com determinadas crianças, o que é percebido como recíproco também por parte destas, como por exemplo, quando preferem determinado trabalhador para fazer os procedimentos.

*Acho que todo mundo se apega, sempre tem aquele paciente que tu te afeiçoa mais, acho que faz parte da empatia [...] T20/GF4*

*Eu acho que o vínculo assim é muito forte... até porque a gente fica muito tempo convivendo, são semanas, dias [...] a afinidade a gente tem com uns, com os outros não... mas eu acredito que isso é normal [...] T1/GF1*

*[...] isso acontece... “quero a tia tal, quero isso, a tia faz isso” [...] é que ela criou uma afinidade em função que foi a primeira pessoa [...] que eles tinham como referência, a pessoa que te orientava, que te recebia [...] T2/GF1*

O vínculo se torna fundamental no trabalho na oncologia pediátrica devido à própria condição crônica da doença oncológica e ao fato da criança cativar mais facilmente o trabalhador, em vista da sua fragilidade, do carinho que demonstra e por exigir um cuidado diferenciado, que normalmente leva a um maior envolvimento do trabalhador.

Vale dizer que a formação de vínculo entre o trabalhador de enfermagem, a criança em tratamento oncológico e os seus familiares contribui para humanizar a assistência prestada, uma vez que possibilita ao trabalhador transcender a dimensão física do câncer, ao prestar cuidados que entendam o paciente enquanto ser humano. Nesse sentido, a relação e a comunicação entre a criança, família e equipe de enfermagem é algo essencial e que

influencia diretamente a assistência prestada e o tratamento como um todo (MARANHÃO et al., 2011).

Também nesse enfoque, um aspecto que revela essa proximidade dos trabalhadores com a criança é que referem inclusive reconhecer o choro de cada paciente, novamente pelo longo tempo de convivência decorrente do tratamento instituído e pelo grau de envolvimento e atenção que a equipe de enfermagem tem com os pacientes, o que consideram algo próprio desta equipe. Desse modo, chegam a comparar que esta postura é similar a de um cuidado de mãe, que consegue reconhecer o choro dos filhos.

*[...] a gente escuta alguém chorar ou alguém gritar ou alguém fazer qualquer coisa, a gente identifica quem é [...] Isso é uma coisa bem própria da equipe e eu acho que essa convivência a gente sabe o choro, a gente sabe se é de manha, se é de dor, se é disso, se é daquilo... para ti ver o grau de envolvimento e do quanto realmente a gente está ali presente, a gente está prestando atenção no que está acontecendo...  
T11/GF2*

*É que nem com os filhos da gente... a gente já conhece quem está chorando [...] T3/GF2*

A relação com a criança exige, além de empenho físico e intelectual, que o trabalhador de enfermagem também aja segundo sua intuição. Assim, os trabalhadores de enfermagem em cuidados pediátricos necessitam desenvolver uma observação e uma sensibilidade mais apurada, uma vez que precisam identificar alterações muito sutis nos corpos das crianças; identificar se o choro é de dor, de carência, de fome. Por meio das mensagens do corpo, dos signos, se constitui o ato de cuidar da criança portadora de câncer (OLIVEIRA et al., 2009).

De conformidade com essa abordagem, os participantes apontam ainda a diferença entre as trabalhadoras que são mães ou não, pois percebem que quem é mãe se coloca no lugar dos familiares das crianças e possui uma postura, um comportamento como profissional diferente.

*É visível também a diferença de quem é mãe e quem não é... na enfermagem, eu vejo isso assim... quem é mãe sempre se coloca no lugar... já tem uma outra visão, é diferente [...] eu acho que como profissional tu se posiciona de uma maneira diferente sendo mãe e não sendo...T10/GF2*

*Geralmente quem é mãe pensa “ah, se fosse com meu filho”, se coloca no lugar, tu tem um olhar diferente, um sentimento diferente [...] o comportamento é diferente...  
T2/GF2*

Dessa maneira, o trabalho com a criança é visto pelos trabalhadores como diferente do cuidado dispensado ao adulto, sendo permeado por uma demanda específica de vínculo, afinidade e envolvimento, muitas vezes, comparável ao cuidado de uma mãe com seu filho.

Já em relação à subcategoria temática “**Singularidades da equipe de enfermagem em oncologia pediátrica**”, os trabalhadores de enfermagem abordaram que para trabalhar na oncologia pediátrica são necessárias certas habilidades como sensibilidade, segurança, conhecimento, espírito elevado e doação profissional, tal como é mencionado nas falas abaixo:

*Sensibilidade... T5/GF1*

*[...] exige ter conhecimento e segurança [...] T3/GF2*

*[...] tem que ter um espírito elevado, tem que ter uma doação do profissional que está ali e isso eu vejo que acontece na equipe pediátrica de oncologia... T13/GF2*

Em função disso, sentem-se diferentes dos demais trabalhadores das outras especialidades, pois acreditam que a equipe é mais acolhedora e que encaram a vida de uma forma diferente após trabalhar na oncologia pediátrica.

*Uma coisa que eu notei na equipe que trabalha com oncologia que o pessoal é muito acolhedor... é uma equipe diferente [...] o tipo de profissional é diferente, o tipo de doação é diferente, o tipo de relacionamento entre o grupo é diferente... lidar com a morte é diferente [...] eu acho que são qualidades que a equipe que trabalha na hemato tem e que é diferente das equipes de outros setores do hospital [...] T13/GF2*

*[...] tu é um ser diferente porque só lida com sofrimento... é sofrimento do adulto, é sofrimento da criança [...] a gente vê a vida diferente, a gente encara as coisas diferentes [...] T3/GF2*

Dessa forma, referem ser especiais por possuírem essas características, por conseguirem lidar com o sofrimento presente neste cotidiano de trabalho e que foram escolhidos para trabalhar na área da oncologia pediátrica, independente de sua vontade inicial, sendo que notam que existem trabalhadores que não conseguem e que, geralmente, deixam desta especialidade.

*Eu acredito que a gente é escolhida para trabalhar ali, não é a gente que escolhe... T10/GF2*

*[...] a gente é escolhida [...] e eu me sinto hoje muito recompensada, muito satisfeita, muito feliz, apesar de tudo que a gente vivencia [...] então eu acho que a gente é especial [...] já trabalhei com pessoas que não estavam preparadas para*

*trabalhar com esse tipo de paciente e isso a gente consegue observar claramente [...] T1/GF2*

*E quem não consegue acaba saindo... não consegue ficar por mais que seja feito qualquer coisa, a pessoa acaba saindo da equipe [...] T11/GF2*

Achados semelhantes são apontados em pesquisa com auxiliares de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na qual os participantes ressaltaram que para trabalhar neste setor é necessário ter determinadas qualidades e competências, as quais eles “possuem”, mas que não é qualquer pessoa que “tem”. Assim, demonstram valorizar o seu coletivo profissional e dimensionar a complexidade da atividade de trabalho (GOMES et al., 2011).

Nessa perspectiva, os participantes recordam-se de trabalhadores que passaram pela oncologia pediátrica, mas que não quiseram continuar, porque simplesmente não se adequaram ao trabalho e pediram para ser remanejados. Ainda, relatam que seguidamente observam que muitas pessoas se “horrorizam” quando contam que trabalham na oncologia pediátrica, como se fosse algo ruim, gerador de sofrimento e improvável de acarretar prazer aos seus trabalhadores, como se evidencia nas falas:

*Tem um colega que trabalhou aqui dois dias e não quer passar nem na frente disso aqui [...] T19/GF4*

*Às vezes, as pessoas me perguntam “como é que tu consegue trabalhar nessa unidade?”... o pessoal não tem noção... T12/GF2*

*Todo mundo que pergunta para a gente onde a gente trabalha: na hemato onco pediátrica... “ai, que horror!!!”... T16/GF4*

Essa situação também é mencionada em outra pesquisa, na qual um trabalhador da saúde de um serviço de oncologia pediátrica refere que costuma ser questionado por diferentes pessoas sobre o sentido de se trabalhar em um contexto de intenso sofrimento (ALVES, 2012).

Assim, acreditam que isso ocorra devido à própria palavra câncer, pois mesmo na atualidade, esta ainda é cercada por tabus e relacionada à morte. Além disso, creem que o trabalho na oncologia é bastante complexo.

*De todos os diagnósticos do hospital, câncer é a palavra que te remete à morte [...] não é que nem uma cirurgia, alguma patologia que vai passar ou melhorar... o câncer sempre fica duvidoso... T5/GF2*

*[...] eu acho que ainda o câncer, a palavra incomoda muita gente... as pessoas não sabem exatamente o que é, como é que funciona, tem gente ainda que acha que é contagioso [...] T17/GF4*

Outro fator apontado que “assusta” os trabalhadores de fora, fazendo-os desistir dessa especialidade, é por serem setores pediátricos, pois muitos acham mais difícil e assustador trabalhar com a criança em comparação ao adulto, especialmente na área da oncologia.

*No último concurso, a gente fez o rodízio, as gurias do quarto andar que foram para o CTCriaC dizem “de pé junto”: lá eu não quero! Por quê? Porque é criança... às vezes, é mais fácil com o adulto e criança é bem mais difícil [...] T5/GF2*

*Quimioterapia em criança... isso assusta... T18/GF4*

Mesmo com avanços tecnológicos na área biomédica, o estigma em relação ao câncer ainda não pode ser desprezado, pois é corrente, até mesmo entre os profissionais da área da saúde, a visão de que o câncer é uma luta na qual o portador já entra em desigualdade de forças (Costa et al., 2009). Além do mais, essa ideia torna-se mais perturbadora quando o diagnóstico do câncer é em uma criança.

Mencionam também o medo do desconhecido e o desgaste emocional como entraves para outros trabalhadores não optarem por essa área de atuação.

*Eu já vejo que cada setor tem as suas particularidades, aqui no CTCriaC a gente trabalha a questão emocional, tem um desgaste emocional por lidar com o sofrimento, a gente se envolve mais com esses pacientes aqui... T20/GF4*

*Medo do desconhecido... se ele tivesse experimentado ele ia querer ficar aqui [...] só que ele não se deu a chance... T14/GF4*

Contudo, apesar de perceberem essas reações negativas advindas de outros trabalhadores fora da oncologia pediátrica, os trabalhadores participantes sentem-se satisfeitos com a sua atividade laboral, mesmo com os problemas existentes, tendo consciência de que não se imaginam trabalhando em outros setores.

*[...] quem está aqui não quer sair e quem está fora não quer entrar... eu realmente não sei o porquê disso... T16/GF4*

*Sempre trabalhei nessa área e apesar de que pode ter problema de relacionamento, de equipe, mas eu não consigo me imaginar trabalhando em outro lugar... T17/GF4*

Assim, percebe-se, frente ao exposto, que os trabalhadores de enfermagem ao assistirem o paciente oncológico pediátrico têm uma grande responsabilidade em relação à

saúde da criança e sua família em diversos aspectos, acumulando muitas atribuições que requerem o desenvolvimento de competências específicas no cotidiano de trabalho. Soma-se a isso a carga emocional diária de lidar com essa clientela, pois

os profissionais de saúde que trabalham na área de oncologia pediátrica defrontam-se, diariamente, com situações de sofrimento, dor e perda. Realizar investigações diagnósticas, enfrentar o tratamento e todas as suas vicissitudes, juntamente com a incerteza de cura e possibilidade de morte, são atividades que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007, p. 124).

Desse modo, os trabalhadores se veem como uma equipe diferente, com qualidades singulares, sentindo-se especiais e escolhidos por conseguirem atuar em uma especialidade comumente tão associada ao sofrimento, na qual muitos outros trabalhadores não conseguem manter-se.

Pode-se inferir, nessa perspectiva, que a autopercepção dos trabalhadores os ajude a minimizar e resistir aos aspectos geradores de sofrimento presentes no trabalho, pois confere um status diferenciado à equipe.

#### **4.3 Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica**

As vivências de prazer-sofrimento formam um único constructo constituído por três fatores: valorização e reconhecimento, que definem o prazer; e desgaste com o trabalho, que define o sofrimento. O prazer emerge quando são experimentados sentimentos de valorização e de reconhecimento no trabalho, sendo a valorização o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade e, o reconhecimento é o sentimento de ser aceito, admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. Já o sofrimento é vivenciado quando há o desgaste em relação ao trabalho, com a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento. Portanto, prazer-sofrimento são vivências de sentimentos de valorização, de reconhecimento e/ou de desgaste no trabalho (MENDES; TAMAYO, 2001).

Assim, o presente capítulo apresenta duas categorias temáticas: Prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica e Sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, detalhadas a seguir.

#### 4.3.1 Prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica

A área da oncologia pediátrica suscita muitas interrogações quanto ao sofrimento e prazer no trabalho, especialmente da enfermagem, a qual é a profissão que está presente 24 horas por dia junto aos pacientes e acaba vivenciando todos os enfrentamentos e vicissitudes da doença e seu tratamento junto às crianças e seus familiares. Entretanto, apesar de alguns trabalhadores referirem que o início do trabalho nesta especialidade foi difícil, marcado por fatores geradores de sofrimento, hoje conseguem perceber o prazer relacionado à sua atuação laboral.

Assim, embora haja discussões pautadas no sofrimento relacionado à área da oncologia, principalmente evocando a dificuldade de trabalhar com a criança com câncer (CAZAROLLI, 2012; SALIMENA et al., 2013a), é preciso ressaltar que a relação entre a organização do trabalho e o aparelho mental não é tão unívoca, pois o trabalho pode ser favorável ao equilíbrio mental e à saúde do corpo (DEJOURS, 1992).

O prazer no trabalho pode derivar da ressignificação do sofrimento e da transformação do contexto de trabalho, ou ainda, ser resultado direto do trabalho, quando existe compatibilidade entre as necessidades e desejos do trabalhador e da organização do trabalho. A obtenção do prazer pode derivar também do mecanismo de mobilização subjetiva, isto é, processo pelo qual os trabalhadores lançam mão dos seus recursos intelectuais, da sua subjetividade para transformar as situações geradoras de sofrimento em fontes de prazer, permitindo o resgate do sentido do trabalho (MENDES; VIEIRA; MORRONE, 2009).

Corroborando, o prazer no trabalho se dá na construção da realização e na possibilidade de construir um cuidado individualizado, fortalecendo a identidade como trabalhador que tem liberdade para rearranjar o seu modo operatório de trabalhar, permitindo encontrar atividades e atitudes capazes de lhe prover prazer (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Deste modo, o prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica apareceu associado diretamente **ao cuidado da criança**, principalmente a partir do gosto pela atividade com a criança, o carinho transmitido e o vínculo criado que se mantém, mesmo após o término do tratamento, percebido, por exemplo, pelo retorno da criança ao serviço para ver os trabalhadores.

Ainda, observa-se o **reconhecimento do trabalho realizado** advindo especialmente dos pacientes, alguns familiares e colegas; o **relacionamento interpessoal** com os colegas de



trabalho e equipe e **estar tudo bem no ambiente laboral** como fatores precipitadores de satisfação e prazer no trabalho, os quais serão abordados a seguir.

Assim sendo, a primeira subcategoria temática **“Prazer no trabalho relacionado ao cuidado da criança”**, aborda a questão de gostar de trabalhar na área da oncologia pediátrica. Deste modo, *fazer o que gosta e gostar do que faz* foi assinalado como algo importante, pois percebem ser essencial gostar da profissão em que atuam e do setor em que trabalham como forma de serem felizes e se sentirem motivados no trabalho.

*Até porque a gente faz uma coisa que a gente gosta [...] ninguém foi obrigado a fazer enfermagem... T3/GF3*

*[...] eu me sinto hoje muito recompensada, satisfeita, feliz, apesar de tudo que a gente vivencia e para mim não é dificuldade nenhuma dizer para uma pessoa assim que eu sou feliz, eu faço uma coisa que eu gosto [...] T1/GF2*

*Eu venho com prazer, venho porque gosto mesmo do que eu faço... T15/GF4*

Sabe-se que é importante que o trabalhador tenha afinidade e goste do local no qual trabalha (PAGLIARI et al., 2008). O gostar daquilo que faz é essencial, sobretudo quanto o objeto de trabalho é o cuidado ao ser humano. Isto denota ter escolhido a profissão pela qual tinha interesse, alguma afinidade ou gosto, bem como ter-se identificado no decorrer do processo de formação e ter encontrado satisfação no desempenho do trabalho (MARTINS et al.; 2006).

Esta questão é relevante, principalmente na especialidade da oncologia pediátrica, pois a empatia do trabalhador de enfermagem com o setor de oncologia oportuniza um cuidado mais humanizado e, ao mesmo tempo, favorável a manutenção da saúde mental dos trabalhadores. Além disso, gostar do trabalho que realiza aponta a importância de um meio de trabalho em consonância com os valores dos trabalhadores (GOMES et al., 2011).

Nesse enfoque, gostar do trabalho que desenvolve foi o fator mencionado em primeiro lugar e por todos os trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise como gerador de prazer no trabalho. Quando questionados sobre o prazer no trabalho estes alegaram que se identificam com o trabalho técnico desenvolvido e com a possibilidade de interagir com os pacientes (PRESTES et al., 2010).

Outro estudo, também com trabalhadores de enfermagem, aponta que dentre as situações que trazem bem-estar e satisfação no trabalho está trabalhar na enfermagem, ajudando aos outros e fazendo o que gosta (BECK, 2001). Corroborando, estudo com trabalhadores da área da saúde refere que o prazer no trabalho se relaciona ao fato de atuarem

em uma área com a qual têm afinidade (CAZAROLLI, 2012). Portanto, a empatia, afinidade e gosto pelo trabalho que realizam refletem em maior prazer e satisfação no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica.

Tangenciando esta questão, os trabalhadores demonstram sentimentos de realização e gratificação a partir da interação com a criança.

*[...] é muito gratificante trabalhar com as crianças, eu me sinto bem realizada [...]  
T1/GF1*

*[...] eu acho que a criança te dá um retorno muito grande, a gente aprende muito, tanto com a criança quanto com o adolescente [...] eu tenho muito vínculo com criança, então eu gosto de trabalhar com criança, para mim não é sofrimento.  
T8/GF1*

*[...] eu gosto, eu adoro, eu não trocaria nunca as crianças para trabalhar com adultos... é mais gratificante, as crianças são sinceras, são amorosas, é super legal [...]  
T6/GF1*

Ainda, o prazer apareceu vinculado *ao que as crianças falam* para o trabalhador, considerando que são sinceras e demonstram carinho em suas colocações, conhecem sobre o tratamento que realizam e se comunicam de forma espontânea, interagindo durante o cuidado de enfermagem, o que encanta e marca o trabalhador.

*[...] as crianças estão me fazendo muito bem... de vir falar do meu brinco, de me chamar “tia” [...] e quando eles começaram a dizer “eu fiz MADIT [quimioterapia intratecal] aqui... eu fiz vincristina aqui...”, isso me encantou, isso me deixou assim feliz, no sentido de que eles sabem o nome da droga que eles usam [...]  
T5/GF1*

*E aí ela disse assim... saiu tão espontâneo dela: “fica com Deus tia”... isso assim para mim, meu Deus do céu, sabe... o jeito que ela me falou aquilo [...] e o [criança] dizendo que é o doce da tia T2? Aquilo marca...  
T2/GF2*

Igualmente, foi destacado o *sorriso e o carinho* que a criança transmite ao trabalhador, pois mesmo que passe por um procedimento doloroso, parte do tratamento instituído, geralmente não guarda rancor por isso e segue interagindo com a enfermagem, o que é recompensador neste trabalho. Portanto, esta interação harmoniosa com a criança ajuda a amenizar outras angústias do trabalho, como o cansaço, pois o trabalhador tem a sensação de leveza e prazer, o que motiva a seguir seu trabalho.

*E o carinho... às vezes, tu vai fazer uma punção venosa, vai administrar uma quimio intramuscular, tu faz eles sofrerem, causa dor neles, mas mesmo assim, depois eles saem dali e te dão abraço, beijo, te dizem uma palavra de carinho, isso é muito recompensador...  
T1/GF2*

*[...] é bom trabalhar com criança... é o sorriso das crianças, assim como estão de mal estão de bem [...] não guardam rancor, apesar de tudo [...] eu sai agora e veio meia dúzia correndo atrás de mim querendo entrar aqui na salinha... coisa mais linda, todo mundo sorrindo, como que tu não vai sorrir, é tão bom... T14/GF4*

*[...] o carinho e o sorriso deles, sabe... às vezes, a gente está cansada [...] mas tu sai leve assim quando tem uma criança que interage, que sorri, que brinca [...] eu acho que é isso que faz a gente acordar de manhã e vir trabalhar... T3/GF2*

O relacionamento com a criança é desencadeante tanto de prazer quanto de sofrimento para o trabalhador de enfermagem, sendo que os sentimentos de prazer estão relacionados ao afeto e ao carinho com a criança, uma vez que esta é sincera em todas as vezes que se expressa (PALGIARI et al., 2008).

Assim, há um sentimento de prazer, de satisfação pelo carinho que recebem dos pacientes atendidos, o que também é evidenciado em outros estudos com trabalhadores de um serviço de oncologia pediátrica (ALVES, 2012). Além disso, percebe-se pelas falas, que o trabalho em oncologia pediátrica suscita um envolvimento do trabalhador com a criança, com a formação de um vínculo, que pode ser gerador tanto de prazer quanto de sofrimento relacionado ao trabalho, dependendo de cada situação.

Na verdade, o envolvimento com a criança faz parte do cuidar da enfermagem em oncologia pediátrica por meio do apego, afinidade, interação, aproximação e vínculos de amizade, que são determinados principalmente pelo longo tempo de tratamento hospitalar (MUTTI et al., 2012).

Isso se deve principalmente ao fato de que, diferentemente de outros contextos, em que os trabalhadores de saúde são orientados a conter seus sentimentos e a evitar envolvimento, na oncologia pediátrica há uma abertura maior para a manifestação de sentimentos no cuidado a pacientes e familiares. Assim, esses laços construídos tendem a permanecer, pois as mães costumam retornar ao hospital para rever os trabalhadores, mesmo nos casos em que seus filhos faleceram ou estão fora de tratamento (ALVES, 2012), o que é uma realidade no cenário investigado.

Nessa perspectiva, o *vínculo* gera prazer quando se mantém mesmo após o término do tratamento, quando o paciente retorna ao serviço para ver o trabalhador ou ainda quando se lembra do trabalhador que o atendeu, o que pode trazer a sensação de satisfação, de estar fazendo um bom trabalho, mesmo na existência de outros fatores dificultadores.

*[...] a gente observa isso depois que termina o tratamento... que eles não teriam mais porque voltar naquele lugar, que talvez causou sofrimento neles, mas mesmo assim eles voltam para ver as enfermeiras, para ver as tias... eles agradecem,*

*seguem transmitindo carinho... então, aquele vínculo que começou lá no início, no momento difícil, também permanece depois [...] T1/GF1*

*[...] para mim é tão difícil, eu faço um sacrifício assim... mas quando vem o vínculo tu te sente “ah, então eu estou fazendo um bom trabalho”... fica assim na balança [...] T9/GF1*

Assim, o estabelecimento de vínculos com os pacientes pode suscitar sentimentos ambíguos nos trabalhadores que, por um lado, se sentem reconhecidos e valorizados perante as demonstrações de afeto e carinho e, por outro, sensibilizados e sobrecarregados frente às carências de alguns pacientes (PRESTES et al., 2010).

Por conseguinte, esse vínculo forte que leva ao retorno do paciente ao serviço para ver os trabalhadores é sentido pelos mesmos como gratificante e como recompensador, pois sentem que se tornam pessoas especiais na vida das crianças.

*É que a gente se torna uma pessoa importante para eles... pelo tempo de convivência, tu acaba te tornando como se fosse alguém da família e eles se sentem muito gratos por aquilo que a gente fez [...] T1/GF2*

*A coisa mais recompensante é quando eles vêm visitar a gente [...] isso é muito bom... T16/GF4*

Nesse sentido, embora cuidar de pacientes com uma patologia grave, tal como o câncer, apresente-se como tarefa difícil, a assistência ao paciente também é permeada por sentimentos positivos como a gratificação, a partir da qual o pouco que os trabalhadores podem oferecer em algumas ocasiões é visto como muito pelos pacientes e familiares, o que leva ao reconhecimento pelo trabalho realizado (SALIMENA et al., 2013a).

Além disso, esse retorno ou até mesmo o contato com pacientes antigos, por outros meios como a Internet, possibilita também perceber que o paciente está bem, que conseguiu seguir sua vida normalmente, proporcionando ao trabalhador uma visão diferente daquela do momento da doença, da internação e do tratamento, o que gera felicidade e emotividade. Assim, por meio dessa materialização do produto final de seu trabalho, o trabalhador experimenta uma sensação de paz ao ver ou receber notícias daquele paciente que cuidou há anos e que hoje está bem, pois seu trabalho contribuiu para isso.

*Recompensa de tu ver aquele rapaz lindo, maravilhoso, super bem, estudando, faceiro, levando a vida dele super normal [...] é muito bom [...] isso dá paz... T2/GF2*

*Esses dias eu abri meu face e tinha para adicionar amizade de um paciente que foi nosso [...] ele me mandou uma mensagem que eu chorei na frente do computador [...] isso é maravilhoso... T17/GF4*

Vale dizer que esse sentimento de recompensa, de gratificação, tendo em vista a recuperação do paciente e a cura da neoplasia, também é destacado por outros estudos, pois ao se deparar com situações de êxito no tratamento e alcance da cura os trabalhadores sentem-se realizados, satisfeitos e felizes (SALIMENA et al., 2013a; ALVES, 2012).

No entanto, os trabalhadores percebem que esse retorno do paciente é mais presente no atendimento ambulatorial do que na internação, pois alguns pacientes, por tudo que viveram em relação à doença e ao tratamento, não conseguem retornar àquele ambiente, o que os faz considerarem mais penoso o trabalho na internação.

*Na verdade, a gente os vê primeiro no diagnóstico ou depois na recidiva, nós da internação mais ainda... acho que os do ambulatório acompanham muito melhor do que nós o final do tratamento, quando eles estão em manutenção... a gente não, a gente vê a parte pesada e não são todos que conseguem voltar na unidade e ver a gente [...] T11/GF2*

Nesse enfoque, a partir das falas dos trabalhadores que abordam a questão do vínculo que se mantém e do retorno do paciente ao serviço, é possível perceber o reconhecimento pelo trabalho realizado advindo dos pacientes, o qual só acontece porque o trabalho realizado foi visto como bom pelo paciente, que se torna grato aos trabalhadores. Isso se mostrou um fator gerador de prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, o qual será mais aprofundado a seguir.

Destaca-se que o sentimento de valorização e de reconhecimento produz junto ao trabalhador o prazer com seu trabalho, permitindo a construção de arranjos criativos na organização de suas atividades, nas quais se sentem aceitos e valorizados a partir do que fazem e produzem individual e coletivamente (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011). Por fim, o prazer advindo da relação de cuidado ao outro geralmente compensa os desprazeres encontrados na profissão (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

A segunda subcategoria temática **“Prazer relacionado ao reconhecimento do trabalho realizado”** aborda que para que o trabalho opere como fonte de saúde é necessário o reconhecimento daquele que trabalha, uma vez que nele reside a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado. Esse reconhecimento pode ocorrer tanto pelo grupo de trabalho, hierárquicos ou clientes (MENDES; VIEIRA; MORRONE, 2009).

Nesse sentido, o reconhecimento do trabalho realizado é visto como algo bom pelos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, sendo advindo principalmente dos pacientes, como já mencionado anteriormente, de alguns familiares, dos próprios colegas de

trabalho e de pessoas de fora, como voluntários que visitam a unidade de internação. As falas abaixo ilustram essa questão:

*O reconhecimento é dos pacientes e dos colegas... T3/GF3*

*[...] graças a Deus tem também aquelas pessoas que conseguem reconhecer, esses dias um pai de uma criança me disse: “tu ficou aqui só por minha causa”... eu disse “não, mas é meu trabalho, meu horário é esse, eu tenho que ficar aqui”... ele estava todo sentido porque ele era o último paciente a sair e eu estava lá [...] T2/GF2*

*Exatamente, eles reconhecem [...] a tia [voluntária no setor] reconhece... T14/GF4*

A partir de tais colocações pode-se inferir que nesse cotidiano laboral estão presentes as duas formas de reconhecimento propostas pela Psicodinâmica do Trabalho, isto é, o reconhecimento baseado em um julgamento de utilidade (proferido essencialmente pelo outro na linha vertical), geralmente articulado pelos superiores hierárquicos, subordinados e, eventualmente, pelos clientes; e o reconhecimento advindo de um julgamento de beleza ou estética (proferido essencialmente na linha horizontal) pronunciado pelos pares, colegas, membros da equipe ou da comunidade (DEJOURS, 2005; DEJOURS, 2011b; LIMA, 2013).

O julgamento de utilidade apareceu representado pelo reconhecimento advindo dos pacientes e familiares e o de beleza pelo reconhecimento entre os colegas de trabalho. Entretanto, ressalta-se que o reconhecimento pelos superiores hierárquicos foi mencionado como ausente, sendo este um fator desencadeador de sofrimento, que será abordado posteriormente.

O reconhecimento como fonte de prazer no trabalho da enfermagem também aparece destacado em outros estudos, apontando o reconhecimento do trabalho pelos colegas do turno (CATALAN, 2012), assim como o reconhecimento do trabalho pelo público atendido (pacientes e familiares) (BECK, 2001; PRESTES et al., 2010; CATALAN, 2012; KESSLER; KRUG, 2012).

Ainda, esse último tipo de reconhecimento advindo dos pacientes e familiares, ou seja, da clientela atendida – julgamento de utilidade – é mencionado como fonte de prazer em estudo com trabalhadores da área da saúde em oncologia (CAZAROLLI, 2012; ALVES, 2012) e em estudo com enfermeiros hospitalares (TRAESEL; MERLO, 2009), no qual o reconhecimento do paciente foi considerado o mais importante e frequente, ao passo que o grupo não aludiu como presente e importante o reconhecimento dos pares.

Nesse contexto, os trabalhadores participantes da pesquisa apontaram a importância do julgamento de utilidade, abordando *o prazer associado à sensação de ser útil*, de poder

colaborar, ajudar neste momento difícil da doença, a partir do conhecimento e competência técnica que possuem, sendo algo gratificante e gerador de felicidade ao mesmo.

*Eu acho que é essa coisa de autonomia profissional, o teu saber, é tão importante tu ser útil num momento, sabe... esse comprometimento, essa parte da técnica que a gente faz e o teu saber, eu acho que ter esse conhecimento, isso só me ajuda na minha autoestima no caso porque a gente aprendeu, a gente se dedicou, a gente passa um tempão aqui e isso te gratifica, tu está sendo útil, tu está num momento tão importante na vida de uma pessoa, que está fazendo parte [...] T5/GF3*

*[...] eu não consigo ver como sofrimento... eu vejo como um prazer e se eu sou boa tecnicamente eu vou estar sendo viável no momento e é isso que eu tenho que ser... profissional e é isso que ela está precisando neste instante, competência técnica e sensibilidade, isso a gente tem [...] eu gosto muito de ser útil, eu gosto de urgência, eu gosto de gravidade, então isso me instiga e eu consigo ser boa nisso e isso me faz feliz [...] eu acho que eu sou útil neste sentido e não acho que me causa sofrimento, pelo contrário, está me fazendo muito bem. T5/GF1*

Tal achado converge com o estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de hemodiálise, o qual aponta que a possibilidade de ajudar os pacientes tanto com o conhecimento científico quanto com seu empenho pessoal é uma importante fonte de prazer no trabalho (PRESTES et al, 2010). Ainda, a satisfação no trabalho, em oncologia pediátrica, é evidenciada pela oportunidade de servir ao próximo e colaborar com o outro em um momento difícil (ALVES, 2012).

Ainda de acordo com o exposto, os trabalhadores mencionaram que se sentem gratificados por poder ajudar a criança que está doente, por ter o que oferecer a ela e ser um suporte nesse momento do adoecimento.

*Eu acho que fato de tu ter o que oferecer para a criança assim, sabe... na verdade, alguém tem que cuidar delas e por que não ser tu? Por que tu não dar um suporte para essa criança que está precisando... eu acho que as crianças veem a gente como alguém que elas podem ter um suporte... então, isso é gratificante, tu poder dar alguma coisa para essa criança que está doente... T13/GF2*

A satisfação no trabalho refere-se também à possibilidade de amenizar o sofrimento do paciente e ajudar na melhoria do seu quadro de saúde, o que significa que, apesar de conviver com circunstâncias de sofrimento e morte, os trabalhadores têm também momentos de sucesso, que se tornam gratificantes e acarretam satisfação (KESSLER; KRUG, 2012).

A possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, entre outros fatores, pode constituir-se em fonte de conforto e satisfação, contribuir para o sentimento de prazer e favorecer o equilíbrio psíquico dos trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Assim, o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde que atua em oncologia pode desencadear sentimentos ambíguos, ou seja, tanto vivências de prazer quanto de sofrimento. Isso ocorre porque há a possibilidade de ser útil enquanto servem, ajudam e confortam. Todavia, ao se deparar com o sofrimento alheio o trabalhador também sofre (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Desse modo, o reconhecimento é visto como algo recompensador em relação aos fatores geradores de sofrimento presentes no trabalho, que proporciona aos trabalhadores ânimo para seguirem trabalhando.

*Hoje de manhã eu estava bem desanimada e agora na saída chegou um paciente que nos trouxe um pote com rapadurinha... ele disse palavras tão importantes que o meu desânimo até foi embora depois de escutar o que ele colocou, da importância do nosso sorriso, das nossas palavras [...] porque é uma maneira de agradecer o tratamento que ele está recebendo ali no ambulatório [...] então assim, tem o lado negativo, pesado, mas também acho que tem outras coisas que recompensam...  
T1/GF3*

O reconhecimento do trabalho pelos pacientes é visto como gerador de prazer na atividade laboral, além de estímulo necessário para enfrentar as situações desgastantes do cotidiano de trabalho (KESSLER; KRUG, 2012).

Esse reconhecimento, por vezes, se faz presente por manifestações de agradecimento, tal como mencionado no relato acima, as quais também foram visualizadas em outros estudos com trabalhadores de enfermagem, por meio de cartões, cartas, caixas de bombons e abordagem direta dos familiares e pacientes aos trabalhadores (CATALAN, 2012).

Contudo, os trabalhadores relatam notar diferença entre o reconhecimento advindo dos pacientes, sendo que alguns reconhecem mais ao compararem com outras realidades e não somente a do cenário pesquisado.

*Às vezes, esses elogios vêm de quem a gente menos espera... eu vejo que as pessoas que mais valorizam a gente como unidade, como profissional são aqueles que saem daqui e veem outra realidade [...] daí quando voltam para cá eles se dão conta "Meu Deus, aqui realmente é o melhor lugar... vocês são as melhores pessoas dessa terra"... daí parece que precisa disso para eles reconhecerem ou ainda quando tem pessoas que tem uma visão diferente do SUS, daí chegam aqui e recebem o melhor tratamento... T11/GF2*

Os trabalhadores ambulatoriais, por trabalharem tanto com pacientes adultos como pediátricos, referem também observar a diferença entre o reconhecimento vindo dos familiares dos pacientes adultos e dos familiares das crianças, sendo que abordam que os primeiros reconhecem e valorizam mais do que os últimos. Ainda, contam que o



reconhecimento só se faz presente em determinadas situações, pois quando algo ruim acontece o trabalho é visto apenas como alvo de críticas e não de reconhecimento.

*[...] eu não vejo isso com os familiares dos pacientes adultos, acho que eles têm muito mais entendimento e eles respeitam e valorizam muito mais o profissional do que os familiares dos pacientes pediátricos... claro que tem as exceções, mas a grande maioria eu vejo assim... T1/GF1*

*É, reconhecem, quando dá tudo certo, que também quando dá um erro parece que tu nunca fez nada certo... então, reconhecem até por ali [...] reconhecem quando dá tudo certo, se dá alguma coisinha errada parece que já não... T9/GF3*

Todavia, apesar dessas diferenças, o reconhecimento do trabalho realizado permanece sendo um fator imbricado nas vivências de prazer e motivação no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica. Assim, o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham, mas mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, classicamente designado pela expressão “motivação no trabalho” (DEJOURS, 2006).

Nessa perspectiva, depende do reconhecimento o sentido dado ao sofrimento no trabalho, isto é, quando a qualidade do trabalho é reconhecida, o trabalhador percebe que suas dúvidas, decepções e desânimos têm sentido, o que faz dele um sujeito diferente daquele que era antes do reconhecimento (DEJOURS, 2006; TRAESEL; MERLO, 2009).

Em vista disso, pode-se dizer que o reconhecimento do trabalho desempenha papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformar o sofrimento em prazer. Ele pode ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da sua identidade, o que pode se traduzir por um sentimento de alívio, de prazer, de leveza d’alma ou de elevação (DEJOURS, 2006).

Na terceira subcategoria temática **“Prazer no trabalho relacionado ao relacionamento interpessoal e equipe de enfermagem”** o prazer foi vinculado ao relacionamento interpessoal presente entre os próprios colegas de trabalho, tal como elucidam as falas abaixo:

*O que mais gosto no meu trabalho é os pacientes mesmo, os colegas [...] T12/GF2*

*Boas companhias, colegas que a gente se agrega mais... T19/GF4*

*[...] eu fiquei pensando na questão do relacionamento com as colegas que, para mim, gera prazer [...] T1/GF3*

Destaca-se que o trabalho em saúde, tal como na enfermagem, é um trabalho coletivo, pois envolve um conjunto complexo de relações entabuladas entre o sujeito e aqueles com e para quem ele trabalha, a fim de coordenar as inteligências singulares (GERNET; DEJOURS, 2011).

Nesse sentido, os trabalhadores apontaram a importância do diálogo entre os colegas, como um momento de troca, que faz bem no decorrer do trabalho.

*Eu acho que outra coisa que faz bem no decorrer do dia assim é o diálogo que tu tem com as tuas colegas [...] a gente tem uma troca bem legal entre nós, eu acho que isso também faz muito bem, o relacionamento entre os colegas, além dos pacientes... T2/GF3*

Os participantes também abordaram a questão da equipe, pois comparam a outros setores e destacam a sua equipe como mais unida, acolhedora, onde há ajuda, respeito e carinho entre seus membros.

*[...] acho que a gente é bem feliz em relação a outros setores... é muito bom trabalhar ali... a gente tem uma equipe boa, que tem que ser preservar neste sentido porque tem pessoas bem mais difíceis por aí e com problemas bem complicados em relação a nós. A gente não tem problema de relacionamento interpessoal com a equipe... T5/GF3*

*Apesar dos problemas, apesar de todos os pesares, a equipe é mais unida aqui, a equipe se ajuda... T14/GF4*

*[...] quanto eu cheguei de fora, eu caí de paraquedas e o grupo me acolheu muito bem, é um grupo que conversa, que te envolve, que tem carinho, respeito, que está sempre te colocando para cima [...] T13/GF2*

Desse modo, o trabalho em equipe se revela uma fonte de sentimentos de prazer quando está firmado em bons relacionamentos e amizade entre os profissionais (GARCIA et al., 2012). Assim, apesar de inúmeras vezes as relações interpessoais serem apontadas como geradoras de insatisfação, o bom relacionamento da equipe de trabalho também é destacado como gerador de prazer na atividade laboral em outras pesquisas na enfermagem (BECK, 2001; KESSLER; KRUG, 2012; GARCIA et al., 2012).

Convém apontar, entretanto, conforme percebido por intermédio das observações não participantes, que o trabalho em equipe referido pelos trabalhadores muitas vezes é, na verdade, um “trabalho em turnos”, pois a afinidade, o coleguismo e a amizade se dão aparentemente mais com os colegas do mesmo turno de trabalho e não de uma forma geral, abrangendo toda a equipe de enfermagem. Nota-se inclusive alguns conflitos entre os turnos diurno e noturno, referentes principalmente às escalas e rotinas do serviço.

Na verdade esse trabalho em equipe somente no turno também foi mencionado em outros estudos com trabalhadores de enfermagem, sendo que se caracteriza pela exacerbação de cobranças de condutas e de atividades não realizadas, o que acarreta insatisfação e sofrimento aos trabalhadores (BECK, 2001).

Entretanto, o prazer no trabalho pode aparecer relacionado à identificação do trabalhador com suas respectivas equipes de turnos e o seu pertencimento a elas (CATALAN, 2012), tal como se evidencia na presente pesquisa. Portanto, a construção de relações interpessoais e a sensação de pertencimento a um grupo, que trabalha junto, apesar das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, acarreta satisfação e prazer aos trabalhadores.

Nesse enfoque, o prazer ocasionado pelo bom relacionamento interpessoal com colegas e equipe ajuda o trabalhador inclusive no enfrentamento dos fatores geradores de sofrimento também presentes no cotidiano de trabalho, como mostra a fala a seguir:

*[...] eu estou muito cansada, mas o que me mantém assim com bom humor no trabalho, que ainda me mantém feliz ali dentro é a equipe, são as minhas colegas... T1/GF2*

Confirmando esse achado, estudo com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação hospitalar também averiguou que os infortúnios da organização laboral são amenizados pelo trabalho em equipe, o qual se configura uma importante fonte de prazer e satisfação, assim como um estímulo diante das adversidades do cotidiano de trabalho (CATALAN, 2012).

Com isso, “trabalhar não é somente produzir, é também viver junto” (GERNET; DEJOURS, 2011, p. 63), o que estabelece a construção de relações interpessoais entre os trabalhadores que compartilham o mesmo local de trabalho, que podem ser tanto geradoras de prazer quanto de sofrimento.

Por fim, a quarta subcategoria temática **“Prazer no trabalho relacionado a estar tudo bem no ambiente laboral”** aborda que o prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica também é evidenciado quando tudo está bem dentro do ambiente de trabalho, ou seja, quando tanto a equipe quanto os pacientes e familiares estão bem, sem nenhum problema acontecendo, o que gera tranquilidade ao trabalhador.

*[...] eu me sinto feliz quando não tem nenhum paciente mal e quando o grupo que eu estou trabalhando está bem. T13/GF2*

*O que me faz bem é chegar e encontrar todo mundo bem, ninguém de mau humor, as funcionárias, as crianças todas felizes da vida, todas sorrindo, as mães tranquilas... isso me faz bem, isso me faz trabalhar bem [...] não ter problema nenhum ocorrendo no momento do trabalho... T14/GF4*

O bom andamento do serviço, isto é, tudo ter ocorrido como o esperado no turno, sem intercorrências, dentro da rotina, também foi apontado como uma das situações que trazem bem-estar, satisfação e conforto aos trabalhadores de enfermagem de unidades críticas, dentre estas a hemato-oncologia, assim como a melhora e alta do paciente e o reconhecimento pelo trabalho realizado (BECK, 2001).

Para os trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise ter um plantão livre de intercorrências, tranquilo também se constitui em um fator de prazer no trabalho. Pode-se alegar, empiricamente, que em um trabalho com alto nível de exigência psíquica, ter um plantão sem alterações se constitui em uma oportunidade do trabalhador “armazenar energia” ou utilizá-la em atividades prazerosas como conversar com os pacientes ou colegas de trabalho (PRESTES et al., 2010).

Assim, essa “normalidade”, na qual nada foge à rotina e tudo se encontra dentro das normas prescritas da organização do trabalho é vista como algo bom e gerador de prazer pelos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho, pois exige menos e traz a sensação de controle e segurança aos mesmos.

A partir das manifestações dos trabalhadores acerca do seu trabalho em oncologia pediátrica foi possível perceber que eles visualizam o prazer no cotidiano de trabalho, apesar de apontarem sofrimento também. Porém, ao fazerem esse balanço entre prazer e sofrimento, sentem que as vivências de prazer, os ganhos, as coisas boas e os momentos de felicidade se sobressaem aos momentos ruins.

*Mas acho que o prazer supera o sofrimento [...] T1/GF3*

*Eu acho que a gente tem mais ganhos do que perdas trabalhando ali, com certeza... o aprendizado para a vida... é só a gente parar e observar... T8/GF1*

*Mais coisas boas porque a gente está sempre aprendendo, trabalha e aprende a cada dia... T20/GF4*

*Eu acho que há mais felicidade do que sofrimento... o meu balanço é esse... porque eu acho que se fosse muito mais sofrimento eu não conseguiria levantar todos os dias de manhã e vir ali trabalhar... T11/GF2*

Levando em consideração essa última fala observa-se que as vivências de prazer no trabalho, as situações agradáveis que emanam dele, são fatores que motivam o trabalhador a

seguir em frente, apesar de tudo, o que vai ao encontro da definição de prazer como “um princípio mobilizador que coloca o sujeito em ação para a busca da gratificação, realização de si e reconhecimento pelo outro da utilidade e beleza do seu trabalho” (MENDES; MULLER, 2013, p. 290).

Resultado semelhante a esse foi apresentado em estudo com trabalhadores da saúde em oncologia pediátrica, os quais relataram que mesmo com as dificuldades enfrentadas, experimentam satisfação e realização profissional na atuação nesta área, mostrando que encontram sentido no ofício por eles desempenhado (ALVES, 2012).

Dessa forma, a satisfação é um fator que pode favorecer a produtividade assim como agregar valores ao indivíduo para que se mantenha motivado, sobretudo, ao considerar que os fatores motivacionais e de satisfação são intrínsecos e que cada pessoa pode apresentar necessidades distintas requerendo atendê-las, dentro da possibilidade organizacional (MARTINS et al., 2006).

Além disso, os trabalhadores ressaltaram o trabalho como forma de sustento, sendo um fator que também os motiva a trabalhar, pois necessitam de um salário para sobreviver e suprir as suas necessidades.

*Eu trabalho porque acho que o trabalho dignifica a pessoa e porque a gente precisa também para viver, para sobreviver... T11/GF2*

*[...] eu venho porque é o meu emprego, graças a Deus, é da onde tiro o meu sustento, então esse é o meu estímulo para vir... T14/GF4*

*Porque é o salário no final do mês para pagar as minhas contas... T19/GF4*

A remuneração salarial também foi revelada como fonte de motivação por trabalhadores de enfermagem na literatura (CATALAN, 2012). Assim, além do reconhecimento, de se sentir bem com o trabalho que realizam, a satisfação e o prazer no trabalho também estão vinculados a aspectos como remuneração, fator igualmente importante para que os trabalhadores consigam enfrentar e vencer desafios diários (CAZAROLLI, 2012). Todavia, apesar da remuneração ser considerada um elemento importante para o trabalhador, também são considerados outros aspectos relativos ao trabalho e imbricados nas vivências de prazer e sofrimento advindas deste, pois

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender a sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como

reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN, 2011, p. 38).

Assim, ressalta-se que, embora o trabalho possa se constituir como fonte de sofrimento, por outro lado, proporciona vivências de prazer, visto que é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral, não apenas como forma de sobrevivência, mas para realização pessoal e profissional. Portanto, o trabalho possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, estética, cultural e artística, envolvendo a subjetividade (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Nessa perspectiva, o trabalho pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento, sendo que um não exclui o outro, mas são indissociáveis. Assim, o prazer é mais do que um objeto em si, não estando isolado. O prazer está sempre associado ao sofrimento que emerge do confronto com o real do trabalho e é acessado quando ocorre a vitória do trabalhar sobre as resistências do real (MENDES; MULLER, 2013).

Mediante os fatos expostos, o mesmo trabalho que é fonte de prazer e de desenvolvimento humano do sujeito pode também acarretar ao trabalhador sofrimento e adoecimento, o que evidencia que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como espaço de neutralidade subjetiva ou social (LANCMAN, 2011).

#### 4.3.2 Sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica

Trabalhar consiste em se deparar, inevitavelmente, com experiências de sofrimento, sendo que elas podem ser sinalizadas por sentimentos como medo, insegurança, insatisfação, desorientação, impotência, alienação, frustração, angústia, tristeza, depressão, agressividade, desgaste físico e emocional, desânimo, tensão, culpa, raiva, entre outros (MORAES, 2013).

No entanto, o sofrimento não é necessariamente patogênico, mas pode atuar como propulsor para mudanças (MORAES, 2013). Frente a esse panorama, existem dois tipos de sofrimento, o patogênico e o criativo. O primeiro ocorre quando foram explorados todos os recursos defensivos do trabalhador, quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho foram empregadas, originando o desequilíbrio psíquico do sujeito e, por conseguinte, a manifestação da doença. Já, quando o

trabalhador consegue elaborar soluções originais que favoreçam a sua saúde, trata-se do sofrimento criativo (MACHADO; MERLO, 2008; DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele ocasiona uma contribuição que beneficia a identidade, aumentando a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática. Dessa forma, o trabalho funciona como um mediador para a saúde. Entretanto, quando a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido de sofrimento patogênico, o trabalho se transforma em um mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Em relação a esse enfoque, o sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica apareceu associado à **assistência a criança** (acompanhar a criança em sofrimento; punção venosa; medo de errar com a criança; identificação/associação com familiares; demora na realização de exames e diagnósticos; as recidivas; o manejo paliativo inadequado; a morte e o vínculo excessivo), **ao convívio com os familiares/acompanhantes** dessa e às **questões da organização do trabalho** propriamente dita (falta de rotinas e/ou descumprimento das rotinas; recursos humanos insuficientes e dificuldades no trabalho multidisciplinar; cansaço; dificuldades de relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de enfermagem e questões institucionais como não reconhecimento pelo trabalho realizado, falta de resolutividade e de apoio por parte dos níveis superiores).

Na primeira subcategoria temática “**Sofrimento relacionado à assistência a criança**” apesar da figura da criança também aparecer associada a sentimentos de prazer nos trabalhadores, alguns momentos e vivências compartilhados com estas foram associados ao sofrimento:

*[...] algumas coisas que eles [crianças] te dizem é mais difícil: mês passado uma criança me perguntou por que eu não cortava o meu cabelo para ficar igual ao dela, eu não sabia nem o que responder... às vezes, ela queria ir embora comigo... são essas coisas assim [...] T8/GF1*

*[...] a minha tristeza é dizer para eles “não” [...] sempre estar dizendo “não, não pode isso, não pode aquilo” [...] T14/GF4*

Vale dizer que os trabalhadores também apontaram o fato de *ver a criança sofrendo* diariamente, como quando a mesma está com dor e não é possível amenizá-la, o que, portanto, suscita sofrimento no trabalhador que presta essa assistência. Igualmente, parece que ver o sofrimento em uma criança é pior do que em um adulto, o que torna esse trabalho mais penoso para alguns trabalhadores.

*[...] o que me causa um pouco sofrimento é quando as crianças estão com dor e a gente não consegue, às vezes, aliviar com medicação [...] T6/GF1*

*[...] é horrível ver o sofrimento da criança, adulto parece que não é tanto como criança [...] T15/GF4*

Esse pensamento vai ao encontro de outros estudos, os quais abordam que quanto mais jovem é o paciente, mais difícil é para o trabalhador lidar com as situações de dor e sofrimento (SALIMENA et al., 2013a). Ainda, os trabalhadores possuem mais dificuldades para assistir crianças pelo aspecto emocional implícito no processo de cuidar (BECK, 2001).

Nesse sentido, foram destacadas as punções, principalmente a punção venosa periférica, como fator gerador de sofrimento para a criança em tratamento oncológico e, conseqüentemente, gerador de sofrimento no trabalhador que executa este procedimento, o qual geralmente é de responsabilidade da enfermagem.

Assim, tendo consciência desse fato e por vivenciarem frequentemente esta situação em suas práticas cotidianas, a *punção venosa* é marcada como um forte gerador de sofrimento no trabalhador da enfermagem, principalmente quando este procedimento não é bem sucedido, gerando sentimentos de impotência e angústia. Ainda, percebe-se que esse sofrimento é mais reiterado no início da atuação dos trabalhadores com a criança, sendo, muitas vezes, superado com o passar do tempo.

*Para mim é sinônimo de sofrimento o CTCriaC, eu me sinto impotente, às vezes, quando a gente não consegue puncionar uma veia [...] eu já fico assim “Meu Deus do céu, será que vai ter veia para puncionar?” [...] T15/GF4*

*Eu também iniciei meu trabalho na instituição no ambulatório de quimioterapia e tive bastante dificuldade com o trabalho diretamente com a criança, inclusive eu pensei em sair do ambulatório naquele momento, porque eu não conseguia enfrentar a minha dificuldade em trabalhar com crianças, eu tinha pena, eu me sentia culpada em achar que estava fazendo ela sofrer na hora que puncionava uma veia [...] T1/GF1*

*Eu também trabalhava com adulto e não estava preparada para trabalhar com criança. Tinha muito medo de puncionar e de ficar estressando eles [...] tive dificuldades... agora tenho bem menos para trabalhar com eles, para puncionar, para fazer algum procedimento, mas me estressa bem mais do que trabalhar com os adultos... T3/GF2*

A realização de procedimentos invasivos é mencionada como uma das dificuldades experimentadas na atuação profissional da enfermagem em estudo com trabalhadores de saúde de um serviço de oncologia pediátrica. Em situações em que não se consegue realizar esses procedimentos de forma imediata e bem sucedida, prolongando o sofrimento do



paciente, tende-se a experimentar sentimentos de angústia, impotência e incapacidade (ALVES, 2012).

Dentre as técnicas de enfermagem desenvolvidas pelos trabalhadores, a punção venosa é considerada uma das mais traumáticas e causadoras de ansiedade e estresse em quem a realiza, assim como na criança e no familiar, podendo influenciar no estado emocional da equipe de enfermagem (PAGLIARI et al., 2008).

Ainda, os trabalhadores abordaram o *medo de errar* com a criança, principalmente aqueles que trabalhavam anteriormente com adultos, ou no caso do atendimento ambulatorial, no qual os trabalhadores atendem tanto crianças quanto adultos, o que torna este trabalho complexo e pode gerar insegurança por terem que saber e dominar esses dois extremos que exigem cuidados e conhecimentos diferenciados.

*Eu tenho muito medo de errar com a criança, um protocolo, uma dose errada, uma medicação errada... os protocolos são muito diferentes dos adultos e uma miligrama faz muita diferença... isso que me gera estresse e cansaço porque eu fico muito insegura, será que está certo aquela prescrição? Será que não tem nenhuma quimio faltando? Não tem nada além? Por ser uma criança, é o início da vida e a família toda esperou aquela criança e gera expectativa... um adulto é diferente, já viveu, já tem uma história, e os protocolos dos adultos a gente sabe. Com criança é uma coisa assim que me preocupa, cansa, suga minhas energias e se eu errar não vou me perdoar, porque não perdoaria se alguém errasse com as minhas filhas. T3/GF1*

A respeito dessa colocação, outros autores evidenciam também o medo do erro pela sobrecarga de trabalho como um fator gerador de sofrimento na enfermagem, sendo que o tipo de erro que mais causa medo nos trabalhadores é o erro de medicação (CATALAN, 2012), tal como abordado anteriormente.

Igualmente se percebe que os trabalhadores não se dão o direito de errar, exigem muito de si mesmos, principalmente por ter sob sua responsabilidade uma criança e se colocarem no lugar dos familiares dela. Assim, isso se mostra muito presente na enfermagem, levando por vezes à exaustão, pois exigem de si próprias o máximo, a perfeição e consideram que necessitam saber tudo, dominar tudo e responder a tudo (TRAESEL; MERLO, 2009).

Também, a partir da fala trazida pelo trabalhador T3, é possível observar que o mesmo se coloca no lugar do paciente/familiar, havendo uma identificação com este e associação com seus próprios familiares, no caso com as filhas. Nesse contexto, várias falas trouxeram esta *identificação/associação com familiares*, o que apareceu assinalado também como um possível fator gerador de sofrimento ao trabalhar na oncologia pediátrica.

*[...] eu não tenho filhos, mas tenho meus sobrinhos que é como se fossem meus filhos... e a gente acaba relacionando "ah, da idade deles" [...] T8/GF1*

Essa relação foi apontada pelos trabalhadores como mais intensa principalmente ao iniciar nesta especialidade associado ao fato de ter filhos pequenos, como aludem as falas abaixo:

*[...] no início foi complicado até porque as minhas filhas eram pequenas, então, querendo ou não tu relaciona com elas, com doença [...] T3/GF1*

*Para mim foi muito sofrido porque eu tinha bebê pequeno e vir trabalhar em oncologia com criança pequena como é mãe, tudo associa com o filho, então via o sofrimento das mães, via o sofrimento das crianças e associava com meu filho, então para mim foi muito duro e com o passar do tempo acabou desaparecendo... T14/GF4*

*[...] eu olho os carequinhas aqui que o [neto] está sempre com a cabeça raspada dele e eu já enxergava o [neto] em cada rosto... que coisa difícil... T15/GF4*

Essa identificação pelo trabalhador de enfermagem, isto é, pensar que poderia ter sido um familiar seu, é visível quando se trata de óbitos de crianças, conforme assinalado em estudo com trabalhadores de enfermagem de áreas críticas (BECK, 2001).

Nesse contexto, criar vínculo com a criança pode gerar desgaste emocional, pois comumente o trabalhador se envolve muito com esta, muitas vezes até comparando-a como alguém da sua própria família (AVANCI et al., 2009). Quando os trabalhadores são mães se envolvem e se colocam no lugar das mães, sendo difícil e triste cuidar das crianças que têm doença oncológica avançada, pois ponderam que poderiam ser seu/sua(s) filho/a(s) (MUTTI et al., 2012).

Outro aspecto pontuado como gerador de sofrimento frente à assistência a criança foi a *demora* que os trabalhadores observam para se realizar alguns exames, pois se sentem frustrados e impotentes frente a essa situação e percebem, muitas vezes, até como um descaso com o paciente. Também referem essa demora como um problema institucional que foge do controle da Enfermagem.

*Demora sair o resultado dos exames, demora para chamar para exame... às vezes, as crianças ficam em NPVO [Nada Por Via Oral] até três, quatro horas da tarde e a mãe fica em cima [...] chega no final e suspende [o exame]... isso para a gente é bem sofrido... T16/GF4*

*Isso gera uma frustração de ver o sofrimento deles esperando, aguardando um diagnóstico, aguardando um exame [...] a gente se sente impotente de ajudar em algumas situações... T20/GF4*

*A gente percebe um pouco de descaso [...] descaso com o paciente... principalmente aquele que é mais humilde... que não abre muito a boca... T14/GF4*

*Mas isso é um problema da instituição em si, a demora é deles, não é nossa... T19/GF4*

Resultados semelhantes foram apontados por trabalhadores médicos em oncologia pediátrica, os quais relataram como problemas para realizar o diagnóstico e o tratamento do câncer infantil falhas na estrutura do SUS, o diagnóstico tardio, dificuldades de solicitar exames pelo SUS e falta de medicação e desorganização do serviço (MALTA; SCHALL, MODENA, 2009).

As *recidivas* também foram destacadas como um fator gerador de sofrimento no cotidiano de trabalho, sendo algo que entristece e causa frustração nos trabalhadores, pois acompanham a criança que já havia passado por um tratamento anterior e que estava aparentemente bem, ter que voltar e vivenciar tudo outra vez com um novo tratamento.

*É muito triste quando não dá certo e eles voltam... T17/GF4*

*Eu acho que essas recidivas deixam a gente bastante frustrada [...] a gente sabia que ela [criança] não tinha um prognóstico muito bom por ter envolvimento ósseo, mas por estar super bem, estar linda, maravilhosa, com a mãe, aquela coisa toda... T11/GF2*

*[...] no caso das recidivas, a gente também tem necessidade de ir ver a criança. Ontem eu fui na unidade e tive que dar uma cheirada lá [na criança], porque a gente também sofre com eles, eles terem que estar voltando e viver tudo aquilo de novo... então é frustrante... T3/GF2*

Nessas situações, os trabalhadores referem que não sabem como reagir, nem o que dizer para a criança e sua família. Nesse enfoque, também em outros estudos, o trabalhador de enfermagem expressa que o cotidiano de cuidado à criança que tem câncer é triste e desgastante, sendo também citada a *recidiva* como um fator que contribui a esse sentimento (MUTTI; PADOIN; PAULA, 2012).

Além disso, muitas vezes, as crianças não têm sucesso com a terapêutica instituída, entrando em *cuidado paliativo*. Nessas circunstâncias, os trabalhadores relatam tristeza e sofrimento principalmente frente à angústia da família, a qual espera que o trabalhador de enfermagem possa fazer alguma coisa, apesar de já saber da possibilidade da morte iminente.

*Eu não tenho problema quanto a isso, paciente em cuidado paliativo, eu me preocupo mais com a mãe, o pai, o acompanhante do que com o paciente [...] T17/GF4*

*A tristeza para a gente, nesse momento, é a família... T14/GF4*

*[...] os pais acabam esperando que aquela força de vontade que a criança tem, que o adolescente tem de viver, vai recuperar ele e, às vezes, isso não acontece e os pais querem de qualquer forma que tu faça alguma coisa, que tu instale um soro que ele vai melhorar. Às vezes, eles já sabem tudo que vai acontecer, mas internamente não aceitam aquilo... aí querem que tu faça um milagre e tu não consegues, eu acho que isso é um fator de sofrimento [...] T13/GF2*

Portanto, o cuidar da criança com câncer sob cuidados paliativos é um processo de sofrimento e um misto de emoções para o trabalhador, sendo que os cuidados se voltam para a promoção do conforto, alívio da dor e dos sintomas, além do atendimento às necessidades biopsicossociais e espirituais e do apoio à família (AVANCI et al., 2009).

Os trabalhadores referem ainda que notam que muitos familiares não são orientados quanto a isso ou, na maioria das vezes, não aceitam essa situação.

*Paliativo eu acho que a gente fica sabendo, acho que os pais nunca ficam [...] G/GF4*

*Depois que ficam sabendo, a aceitação é uma coisa muito complicada, porque tem a questão emocional deles [...] que faz com que eles não enxerguem que aquilo ali é uma situação de fim [...] a sensação que eles tem, que eles transmitem para a gente é que ainda tem algo a fazer... T20/GF4*

Nessa perspectiva, a proximidade da morte de uma criança é um momento de dor para família e para os que convivem com a criança já que, frequentemente, a aceitação e a compreensão dessa situação são difíceis e dolorosas e, por mais que se estude sobre a morte, compreendê-la é difícil, sendo, muitas vezes, algo inexplicável e inaceitável, sobretudo quando se trata de crianças (AVANCI et al., 2009).

Desse modo, aludem que se sentem frustrados porque acreditam que *não há um manejo paliativo adequado*. Portanto, ver o sofrimento do paciente gera sofrimento no trabalhador.

*[...] acho que aqui o cuidado paliativo que falam não é feito exatamente como tem que ser [...] paliativo, para mim, é conforto e o paciente que tem, por exemplo, dificuldade para respirar, que tem dor, tem que estar sedado para não sentir dor, não sentir falta de ar e não é o que eu vejo aqui [...] T17/GF4*

Isso vai ao encontro do que cita um estudo com enfermeiros que assistem crianças com câncer sob cuidados paliativos, no qual foi identificada a preocupação em proporcionar conforto relacionado à realização de procedimentos como a analgesia (AVANCI et al., 2009). Outro estudo com trabalhadores de enfermagem também aponta quanto aos cuidados paliativos no processo de morrer, a preocupação da equipe de enfermagem em controlar a dor da criança, sendo este o principal cuidado, além do conforto, higiene corporal e a

oxigenoterapia (CARMO, 2010).

Nessa situação, os esforços dos trabalhadores visam ao cuidado integral, sendo que a ênfase dos cuidados deve ser o alívio do sofrimento, o controle da dor e o manejo dos sintomas associados, buscando promover uma melhor qualidade de vida para o paciente e sua família (RODRÍGUEZ et al., 2005).

Entretanto, a partir dos relatos, percebe-se que isso não acontece como os trabalhadores de enfermagem idealizam ou consideram que seria o adequado, ou ainda como aponta a literatura referente ao tema, o que foge ao alcance destes e implica em frustração e sofrimento aos mesmos.

Outra questão presente no cotidiano de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica é a *morte*, inclusive dos pacientes em tratamento paliativo. Sabe-se que a morte é um tema que gera muito desconforto entre os trabalhadores da saúde, pois demonstra a fragilidade da vida e a impotência diante de certas situações. Assim, “a morte, apesar de inevitável em algum momento da vida do ser humano, não é uma questão simples de ser discutida uma vez que, em nossa cultura, muitas vezes, é representada pelo pavor e pela não aceitação” (SOUSA et al., 2009, p. 42).

Ressalta-se que o sentimento de perda diante da morte do paciente torna-se mais intenso quando se trata de uma criança no qual há um envolvimento maior, “talvez pela própria singularidade da infância ou por se considerar esta perda como uma morte inoportuna” (SOUSA et al., 2009, p. 45).

Assim, a morte é vista como um fator gerador de sofrimento aos trabalhadores, especialmente ao ingressarem nessa área de atuação e se depararem com essa realidade.

*[...] foi um período que dentro do CTMO também tinha criança transplantada que logo depois foi á óbito e aquilo acabou causando muito sofrimento, muita angústia... aquela desesperança. Foi uma situação que até hoje eu lembro das crianças quando cheguei ali e todas elas partiram [...] foi um período muito, muito difícil [...] T7/GF1*

*[...] no início foi complicado [...] teve crianças que foram a óbito também que me marcaram, por ser próximo da idade das minhas filhas, por eu relacionar, então tive dificuldades [...] T3/GF1*

A partir dessa última colocação, evidencia-se que devido ao fato dos trabalhadores de enfermagem conviverem um longo período com essas crianças e sua família, muitas vezes, eles sentem a perda do paciente como se fosse de alguém de sua própria família. Como resultado disso, o sofrimento vivenciado por eles é similar ao da perda de alguém que amam muito (AVANCI et al., 2009).

Complementando essa abordagem, os sentimentos de impotência e frustração podem ser potencializados quando o óbito é de uma criança, pois geralmente o vínculo com a equipe está mais consolidado e o tempo de convivência com os pais e com a equipe são fatores desencadeantes de tais sentimentos (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

Ainda, essa dificuldade enfrentada pelos trabalhadores em lidar com o sofrimento e morte das crianças com câncer também é retratada em pesquisas na enfermagem e com equipes multiprofissionais (TEIXEIRA et al., 2012; CAZAROLLI, 2012).

No contexto atual, os trabalhadores relatam ter consciência da morte de diferentes perspectivas, algumas mais tranquilas, outras mais angustiantes e que, de certa maneira, algumas vezes já esperam essa possibilidade, o que os ajuda a não sofrer tanto.

*E a gente tem perdas, mortes, uma diferente da outra, algumas são mais tranquilas no sentido que o paciente não sofre tanto, outras são mais angustiantes, então são n situações assim que podem acontecer e que acontecem [...] e tem aquelas mortes ainda que tu já espera ,então parece que a gente também já vai se preparando aos poucos [...] T11/GF2*

Todavia, mesmo assim, alguns trabalhadores ainda sentem a morte como uma frustração, como uma derrota frente à luta contra o câncer, não sendo fácil aceitá-la no cotidiano do trabalho.

*[...] eu só sei dizer que o bom é viver e eu imagino que para os pais eles queriam estar com seus filhos vivos, por mais que seu filho esteja doente ali para morrer eles querem ter seus filhos vivos... isso me deixa frustrada, porque a gente fica impotente, a gente trabalha sempre visando a cura, o bem-estar, mas nem sempre isso acontece porque a morte faz parte do processo natural. Mas, por mais que a gente diga que aceita todo mundo teme a morte de alguma forma, por menor grau que seja... T20/GF4*

Desse modo, os trabalhadores de enfermagem ao vivenciarem a morte de pacientes sob seus cuidados a sentem como um fracasso, pois desde sua formação foram ensinados a tratar, a curar, a buscar a vida e combater a morte. Quando o trabalhador coloca em prática os seus conhecimentos, habilidades e competências objetiva a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, o não alcance dessas metas pode ocasionar um estado de tristeza, frustração e estresse pela perda que a morte representa (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

Além disso, evidencia-se que os trabalhadores se preocupam com a família da criança nesta situação da morte, pois também sofrem vendo o sofrimento dos familiares, muitas vezes, colocando-se no lugar deles.

*Eu acho que a gente tem um sofrimento duplo, um pelo sofrimento do familiar como pai, como mãe pela perda de uma criança e o outro como trabalhador [...] R/GF2*

*Acho que é extremamente doloroso... tem sempre aquela história de que o adulto viveu, casou, teve filhos, parece que é mais aceitável... a criança não [...] é horrível perder um filho [...] T5/GF2*

Vivenciar o processo de morrer da criança é um momento de tristeza para os trabalhadores de enfermagem e também para a família (CARMO, 2010), sendo que os participantes do estudo têm consciência de tal fato em seu cotidiano de trabalho.

Igualmente notam que a morte é uma experiência devastadora tanto para os pais que perderam o filho quanto para os demais pacientes e familiares, pois percebem que todos vivenciam um luto coletivo frente àquela morte.

*Porque eu acho que eles vivem um luto coletivo quando um morre, pelo menos é o que eu vejo lá no ambulatório. Todo mundo fica agitado, quer ir ver, quer ficar lá com os pais, então é um luto coletivo, quando morre um parece que todos perderam com isso, porque o próximo pode ser o meu filho [...] T3/GF2*

*A família acaba criando um vínculo porque eles ficam bastante tempo juntos, então na verdade eles criam uma família, uma família paralela e uns ficam se apoiando nos outros [...] T13/GF2*

Nessa perspectiva, os trabalhadores relatam que, muitas vezes, não sabem como se comportar frente à morte e até tentam esconder a mesma dos demais pacientes e familiares, mas compreendem que não conseguem. Ainda, percebem que toda a equipe fica mobilizada e quer saber sobre o óbito ocorrido.

*A gente não sabe como se comportar do lado do paciente... não sabe o que dizer para o familiar [...] às vezes, ficar em silêncio é melhor... T11/GF2*

*Às vezes, entre a equipe, tu fica mais em silêncio, não sabe nem o que falar [...] às vezes, as pessoas querem saber como foi o óbito e tu tem que contar e reviver de novo tudo aquilo, se foi tranquilo ou se não foi, se o familiar reagiu, como reagiu [...] a morte numa unidade acho que cria uma expectativa em todos os profissionais [...] T2/GF2*

*Um dos fatores que deixa a gente mais apreensiva é que de certa forma tu quer esconder aquilo dos demais que estão lá... porque pode ser um caminho deles, então a gente faz de tudo para que não se perceba que teve um óbito [...] faz todo um trabalho para dar uma amenizada na situação e aí os pais mesmo se encarregam de disseminar... T13/GF2*

De acordo com a última colocação, pode-se dizer que é um fato corriqueiro em unidades nas quais permanecem acompanhantes junto aos pacientes a disseminação da informação do óbito sob a forma de “cochichos”, o que aumenta a ansiedade dos familiares

(BECK, 2001) e também dos trabalhadores. Percebe-se que essas conversas entre os familiares e entre a própria equipe os fazem “reviver” a situação da morte, a qual, muitas vezes, gostariam de esquecer ou “esconder”, perpetuando o sofrimento. Além disso, nota-se certo despreparo emocional e psicológico do trabalhador diante da morte (AVANCI et al., 2009).

Observa-se, ainda, que a angústia frente ao processo de morte e morrer continua após o óbito, quando os familiares aguardam o transporte para suas cidades de origem.

*A angústia para nós não para depois que o paciente morre... eu acho tão angustiante quando eles ficam esperando o transporte da cidade deles [...] naquele lugar horrível onde os familiares ficam [...] é horrível... T11/GF2*

Nesse contexto sobre a morte, muitos trabalhadores relataram óbitos de pacientes que os marcaram durante o trabalho na oncologia pediátrica, seja por relacionarem com os filhos e se colocarem no lugar do familiar, por afinidade com aquela criança, por verem o sofrimento do paciente e seus familiares ou por ser uma morte que consideravam inesperada. Assim, os trabalhadores revelaram que se recordam, de forma muito vívida, de pacientes que faleceram, o que comprova o quanto esses marcaram as suas trajetórias profissionais (ALVES, 2012), tal como apresentado nos trechos abaixo:

*[...] sempre eu me lembro do [criança]... ele me marcou muito por ele ter a mesma idade da [filha], os dois começando a caminhar, a falar [...] foi uma coisa que me tocou muito, por ele estar vivendo as mesmas fases da [filha] [...] e eu acho que precisava de alguém que me esclarecesse, me fizesse diluir esse sentimento assim... T3/GF2*

*Me marcou uma paciente que ficou muitos anos em tratamento e todos da equipe eram apegados a ela, ela cativou todos e ela sofreu muito e quando ela estava para morrer foi horrível [...] T20/GF4*

Além desses aspectos elucidados como geradores de sofrimento, o *vínculo excessivo* com a criança e seus familiares também foi apontado como algo que pode acarretar situações desagradáveis no cotidiano de trabalho quando percebem que o mesmo ultrapassa limites e confunde a vida profissional com a vida particular. Nesse sentido, foram citadas as redes sociais digitais como um facilitador dessa proximidade entendida como excessiva.

*É, a gente cria muitos vínculos, se envolve com a família [...] e, às vezes, a gente acaba se expondo também, como já aconteceu... hoje em dia é facebook e, às vezes, tu acaba exposta, vendo uma situação que ocorreu ali no serviço e que já está lá na mídia e todo mundo está vendo e tem pessoas que se aproveitam disso, se aproveitam da gente ser prestativa, da gente querer atender bem, criar esse vínculo, ter afinidade com essa criança [...] T3/GF1*



*É, porque assim... hoje a Internet... aí eles te convidam para ser amigo no face... aí tu fica pensando até que ponto a gente pode misturar, porque a gente tem a nossa vida particular e a nossa vida profissional [...] a gente se envolve um pouco mais e aí acontecem algumas coisas que não são legais assim [...] T2/GF1*

*[...] foram inúmeras [crianças] que a gente acabou tendo laços muito maiores do que essa relação paciente/profissional, mas teve também momentos que acabou me chateando [...] que acabavam algumas coisas sendo mal interpretadas [...] que acabou ultrapassando, então a partir dali eu dei uma parada [...] T7/GF1*

O apego e o vínculo com o paciente são citados na literatura como possíveis fontes de sofrimento ao trabalhador de enfermagem (CATALAN, 2012), pois, em certas situações, é impossível não envolver-se com o paciente. Assim, esse vínculo, por vezes, leva os trabalhadores ao sofrimento e “muitos não conseguem desvincular vivências profissionais e pessoais, levando o problema do paciente para sua casa, tomando para si as dificuldades da família e condição do paciente” (MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013, p. 107).

A construção de uma relação entre os trabalhadores de enfermagem, as crianças e os seus familiares é inevitável em decorrência do longo período de tratamento e hospitalizações frequentes (MUTTI et al., 2012), sendo estabelecida uma relação de cooperação e afeto entre a criança e a equipe de enfermagem (PAGLIARI et al., 2008). Porém, quando essa relação ultrapassa certos limites pode gerar sofrimento ao trabalhador, tal como evidenciado nas falas acima.

Devido à evolução tecnológica, o aparecimento da Internet gerou significativas transformações na sociedade contemporânea e nas relações do sujeito com o mundo. Em termos da comunicação e da sociabilidade, as possibilidades de comunicar e partilhar tornaram-se imensas. A Internet acarretou mudanças no modo como as pessoas se comunicam e interagem, como trabalham e praticam negócios e até no modo como se divertem (COUTO, 2011).

Portanto, com o maior acesso à informatização e à Internet, cresce a utilização das redes sociais online de relacionamento, tal como o Facebook, com a finalidade de manter ou criar novas amizades. Assim sendo, os trabalhadores relatam que frequentemente tornam-se “amigos” de pacientes e de familiares de pacientes, estreitam vínculos para além do campo profissional e partilham informações de cunho particular que anteriormente ficavam mais reservadas.

Por fim, após a explanação de todos esses aspectos geradores de sofrimento presentes no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, referentes à assistência a criança, os trabalhadores o referem como um desafio, do qual, por vezes, se sentem longe de conseguir fazer o que realmente consideram o atendimento ideal. Isso foi representado durante as

sessões de GF (por intermédio da técnica de estímulo denominada “Minha vida pelas figuras”) por figuras como de um alpinista escalando uma rocha e de um homem de costas olhando para um longo caminho a sua frente.

A segunda subcategoria temática “**Sofrimento relacionado ao convívio com o familiar/acompanhante da criança**” aborda que os trabalhadores têm consciência da importância da presença do familiar junto à criança com câncer para o bom andamento do tratamento, pois ela transmite segurança durante a assistência e ajuda a enfermagem a detectar possíveis alterações. Além disso, notam que a criança se comporta de modo diferente conforme o familiar que a está acompanhando, o que também interfere no tratamento.

*[...] a gente observa o quanto é importante a participação de toda a família no tratamento, o quanto essa criança, adolescente vai responder de uma forma diferente a esse tratamento se ele tem esse vínculo familiar mais forte [...] T8/GF1*

*O que me dá mais segurança aqui é a mãe sempre junto, além do olho do enfermeiro, do técnico, tem o olho da mãe junto, isso me dá mais segurança, que é um terceiro olho para ajudar a ver alteração [...] com a criança é essencial o familiar, eu me sinto mais segura com eles 24 horas vigiando também o paciente [...] T14/GF4*

*A gente tem também os dois extremos, às vezes, o pai é bem tranquilo, então quanto está o pai a criança é de um jeito, quando tem outro familiar a criança é completamente diferente e isso interfere muito no tratamento da criança [...] então o familiar conta muito, é parte essencial do tratamento, com certeza... T13/GF2*

Nesse contexto, a presença dos familiares se mostra essencial na oncologia pediátrica, sendo reconhecido o papel colaborador da família, especialmente das mães, durante o curso da doença e o tratamento da criança também em outros estudos nessa área (TEIXEIRA et al., 2012).

Desse modo, é impossível dissociar o cuidado da família, pois ela se faz presente junto à criança e, na maioria das vezes, é sua porta-voz. A família é o alicerce no momento difícil e doloroso da hospitalização para quem sofre com uma doença oncológica, em destaque as crianças. Possui papel fundamental no equilíbrio da criança doente e desenvolve funções tais como ofertar carinho, proporcionar conforto, segurança e explicar a criança o que se passa com ela e como encarar essa fase complicada (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Entretanto, os trabalhadores relatam que, muitas vezes, têm *dificuldades para trabalhar com os familiares*, mais do que com a própria criança.

*Não é difícil trabalhar com criança, difícil é trabalhar com os familiares [...] a criança tu consegue de um jeito ou outro... com o familiar é muito complicado [...] T2/GF1*

*A gente se estressa muito mais com os familiares... porque, às vezes, a criança é bem tranquila e o familiar é tão estressante, é tão cansativo e fica cobrando... às vezes, a criança está tão bem, mas tu entra e aquele familiar com a cara amarrada e mesmo que tu trate ele bem, ele nunca vai te tratar bem, sempre vai ser grosso contigo [...] T13/GF2*

*Eu diria que, na maioria das vezes, são os que mais exigem de nós (os familiares), os que mais “sugam a gente”... T11/GF2*

A dificuldade de lidar com a família de crianças hospitalizadas é mencionada por outros estudos na enfermagem (GOMES et al., 2011) e pode ser consequência da comunicação deficiente entre os pais e a equipe de enfermagem, devido às características da própria jornada de trabalho a qual estes estão submetidos o que, por vezes, impede a concretização de uma assistência mais humanizada (MARANHÃO et al., 2011).

Para a equipe de enfermagem, a entrada da família no hospital alterou o cotidiano de trabalho, uma vez que a família foi inserida no cuidado instituído na estrutura organizacional hospitalar e teve que se adaptar às normas da instituição. Esse processo é permeado por períodos de tranquilidade, mas também por conflitos, pois assim como para a família a hospitalização modifica a rotina de vida, para a equipe de enfermagem também aparecem conflitos, a partir da vivência com as famílias e é na mediação desses conflitos que surgem os fatores estressantes no processo de trabalho (PAGLIARI et al., 2008).

Nesse sentido, abordam que os familiares *cobram excessivamente* da enfermagem, requerem atendimento exclusivo e não compreendem que há inúmeras atribuições e atividades a serem realizadas com os demais pacientes.

*Tem familiar que é tranquilo, mas tem outros que Nossa Senhora!!! [...] Acham que tu é exclusiva [...] acham que o filho, sobrinho, enfim, o paciente que eles estão cuidando é único dentro da unidade, não tem outro... tu tem que ter dedicação exclusiva... T8/GF1*

*Tem vários familiares que são assim [...] tu passou no quarto, viu a temperatura, está com febre e vou trazer um remedinho... dali a dois minutos “faz uma hora que eu pedi o remédio”! Tu sabe que não faz uma hora que pedi o remédio, tu acabou de ver, só que se tu saiu dali e foi fazer outra coisa, atender outro paciente antes de levar o remédio [...] T13/GF2*

Essa cobrança também é explicitada em outro estudo com trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, sendo que alguns participantes referiram que já se sentiram agredidos por crianças ou seus familiares no decorrer do desenvolvimento de suas atividades (TEIXEIRA et al., 2012).

Relatam também que os familiares os veem como *tarefeiros* e “*babás de luxo*” de seus filhos. Além disso, sentem-se tratados como máquinas e não como seres humanos, pois

mesmo que façam tudo da melhor maneira possível, às vezes, escutam dos familiares palavras que magoam e até sentem como uma falta de respeito por parte deles.

*Para eles a gente é tarefeira [...] eles veem a gente como tarefeiro, como o profissional que tem que fazer aquele serviço deles... T2/GF2*

*[...] a gente sente também que para os pais a gente é uma babá de luxo dos filhos deles... eles querem que a gente faça de tudo para aquela criança, tu tem que mimar [...] eu tento ser profissional, claro que eu tento brincar, mas não ultrapassar muitos limites porque senão, às vezes, os pais não entendem e começam a solicitar, solicitar [...] chega um ponto que tu está no teu limite também... T3/GF2*

*[...] o que eu gostaria era que a gente fosse respeitada, que a gente fosse tratada como um ser humano e não como uma máquina, porque a gente já escutou alguns familiares, a gente indo almoçar às duas horas da tarde porque não tinha tido tempo, dizendo que a gente passava entrando na sala de lanche [...] magoou bastante, foi uma coisa que, pelo menos para mim, marcou bastante, acho que toda a equipe também... T1/GF2*

Nesse contexto, os trabalhadores enxergam um *desrespeito com a enfermagem* por parte dos familiares/acompanhantes.

*Eles fazem round, fazem avaliação da equipe, fazem controle... isso aí é uma coisa extremamente estressante, porque eu acho que virou um desrespeito... eu, para mim na unidade o que mais me levou a sair de lá foi isso... os acompanhantes não respeitavam mais a enfermagem [...] hoje em dia eles cobram e não colaboram... T4/GF1*

*Parece que eles não respeitam o conhecimento profissional que a gente tem [...] o familiar da criança é diferente, está sempre parece tentando pegar uma palavrinha “ah, mas a fulana não disse isso”, “ah, mas então vou ligar para o médico para saber”, “não, o doutor disse que tu tem que fazer hoje”... T3/GF1*

Em relação a isso, esse desrespeito pode ser associado também à falta de reconhecimento da família da criança pelo trabalho realizado, pois o trabalhador de enfermagem, ao desenvolver o cuidado à criança, espera por reconhecimento, seja da instituição, do supervisor, dos colegas de trabalho ou da criança e sua família (PAGLIARI et al., 2008).

Assim, sentem-se *vigiados* e constantemente *testados* pelos familiares, o que gera insegurança e os incomoda diariamente.

*[...] e as crianças, os pais, os familiares ficam te questionando... isso é uma das coisas que eu também tive que aprender [...] eu me sinto vigiada [...] e insegura com esse familiar me olhando... T3/F1*

*[...] já me aconteceu de eu colocar uma quimioterapia no tempo que é e o familiar achar que não é aquilo e ligar para o médico para saber se eu fiz certo... a sorte*

*que ele não foi contra a minha pessoa, nem nada, falou a mesma língua que eu. Se eu faço uma coisa que eles acham que não é, eles vão em outra pessoa para confirmar o que eu fiz ou para o médico direto [...] eles tem essa desconfiança da gente e vão tentar confirmar com outras pessoas... T2/GF1*

*Eu sinto que eles estão sempre nos testando, eu vou lá e digo uma coisa, daqui um pouco vai a minha colega lá e eles perguntam a mesma coisa para testar se elas estão falando a mesma coisa. Eu me sinto sempre vigiada, sendo testada e isso é uma coisa que me incomoda bastante... T1/GF2*

Igualmente, notam que essa desconfiança e testagem são realizadas também de um setor para o outro e de um turno para o outro pelos familiares.

*[...] eles estão sempre fazendo esse jogo: “porque lá me disseram assim... ah, porque a profissional de lá faz assim e porque vocês fazem assado”... é uma das coisas que eu não gosto e eu procuro evitar esse tipo de comentário. T1/GF1*

*É um jogo entre a unidade e o ambulatório... eles chegam lá e jogam com as coisas da unidade e vão para a unidade e, com certeza, jogam as coisas do ambulatório... a gente tem que se cuidar bastante... T3/GF2*

*Na internação eles falam de um turno para o outro... eu me faço de surda assim... T8/GF1*

Logo, percebem isso quando vão realizar algum procedimento, como uma punção venosa periférica, a qual, muitas vezes, já é geradora de sofrimento no trabalhador, o que acaba ocasionando mais insegurança, estresse e uma tensão desnecessária, devido essa interferência do familiar.

*Que nem a punção... “lá no ambulatório eles pegam de primeira” [...] ou “eu quero que tal fulano pegue a minha veia”... T12/GF2*

*É uma coisa que me incomoda muito... aí eu já fico insegura... T3/GF2*

Em relação a esse aspecto, estudo com trabalhadores de enfermagem da oncologia pediátrica também constatou a incompreensão e a não cooperação de alguns pais frente aos cuidados prestados pelos profissionais, dentre eles a punção venosa, pois nem todos entendem quando esse procedimento não é bem sucedido na primeira tentativa. Isso pode ser explicado pelo fato da doença também ocasionar ansiedade e estresse nos pais, os quais passam por problemas e dificuldades durante a internação de seus filhos (MARANHÃO et al., 2011). Ainda, muitas vezes, os trabalhadores sentem-se *expostos* por conversas dos familiares.

*[...] eles se falam demais... é tipo um telefone sem fio... aconteceu alguma coisa com o filho da fulana, está todo mundo sabendo em questão de cinco minutinhos... só que*

*eles não passam a coisa como aconteceu, do jeito que foi [...] mas a visão deles e eles acabam te boicotando assim muito rápido... T2/GF1*

É preciso considerar que a família da criança com câncer passa por importantes mudanças em decorrência desse processo de adoecimento. Desse modo, além de alterações na dinâmica familiar, podem possuir limitações na compreensão do diagnóstico e ser tomados pelo medo constante da morte de seus filhos (OLIVEIRA et al., 2009), o que pode justificar a cobrança excessiva nos profissionais e os questionamentos frequentes.

Outro aspecto apontado em relação aos familiares foi a questão das rotinas, pois muitos não entendem a importância delas e se mostram resistentes a cumpri-las.

*[...] às vezes, a sensação é que olham para a gente como se a gente tivesse vindo para fazer a criança sofrer... porque pesar é uma obrigação, tirar o soro para tomar um banho é um terror, dar café da manhã, ver a temperatura... tem uns que parece que tu só veio para incomodar a criança [...] T16/GF4*

*Tem mães que colaboram, participam no cuidado, mas tem alguns que são bem resistentes, que encaram como se aqui dentro fosse uma prisão, um quartel [...] não estão acostumados com regras... T20/GF4*

Assim, os trabalhadores de enfermagem, ao desenvolverem a assistência à criança hospitalizada, entram frequentemente em situações de conflito com a família da criança, as quais são desencadeadas, geralmente, devido à família não realizar suas atividades conforme as normas e rotinas da unidade (PAGLIARI et al., 2008).

Logo, os trabalhadores se sentem testados e colocados no seu limite, além de pensarem que tudo o que falam a respeito das rotinas não é levado em consideração, pois não são atendidos pelos familiares.

*[...] a clientela que a gente atende, muitas vezes é de um nível sociocultural diferente do da gente, então também cria essa dificuldade de trabalhar [...] o banho, escovar os dentes, não fazer xixi fora do vaso, não ficar pegando comida do outro... tem pais que querem descumprir as regras para te testar e ver se tu vai recuar, o que tu vai fazer... número de acompanhantes, entradas e saídas, toda hora entra um e sai o outro [...] tu estipula as regras e tu cumpre as regras da tua parte, mas eles estão sempre querendo te botar no limite... T3/GF1*

*[...] eles estão sempre te testando... tu está dizendo que não e eles estão ali fazendo o que tu disse que não era para fazer [...] T1/GF1*

*O papel de pai e mãe é diferente em cada família, cada criança que chega ali já chega com a sua história, já tem a sua criação [...] tem gente que não consegue pôr limites em casa no filho, então pôr limites no ambiente hospitalar, que é tudo rotinizado, é muito mais difícil... a gente acaba sofrendo também porque tu vai punccionar uma veia a criança vai arrancar, vai te mandar embora, sabe? Depende muito da criação também... T13/GF2*

Assim sendo, muitas vezes, isso leva a um sentimento de frustração, pois a intenção do trabalhador é ajudar, já que certas rotinas são imprescindíveis para o sucesso do tratamento da criança. Entretanto, às vezes, referem que são tachados de “chatos” pelos familiares por cobrarem o cumprimento destas rotinas, o que angustia e faz mal ao trabalhador.

*[...] se tu diz que não pode fazer isso por uma série de motivos, tu não é mais a enfermeira querida, a enfermeira legal, tu já passa a ser a enfermeira ruim, a enfermeira chata [...] T1/GF1*

*A minha maior dificuldade é porque eu queria explicar a importância das rotinas para eles [...] eu queria fazer eles entenderem o porquê aquilo era importante. Eu explicava e cobrava e, muitas vezes, eu via que eles me julgavam como a pessoa que só cobrava [...] mas a minha intenção nunca foi judiar do filho, do familiar que estava lá. Minha intenção era que eles ficassem bem [...] eu era muito angustiada com isso [...] me frustrava muito com eles em função disso [...] mas o que mais me incomodava era os pais não entenderem a importância daquilo porque era para o seu filho, não era para mim... T2/GF1*

Postas todas essas questões geradoras de sofrimento oriundas da inter-relação com os familiares das crianças atendidas, encontram-se alguns achados semelhantes em estudo com trabalhadores de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica, no qual é assinalado que

embora a família contribua no processo de trabalho com o desempenho de atividades antes de responsabilidade da enfermagem, tais como a higiene e alimentação, suas características particulares também são agentes desencadeadores de conflitos. Estes estão relacionados aos hábitos de higiene da família, ao fato da família não deixar o quarto arrumado, às punções venosas, aos questionamentos em relação às medicações e aos procedimentos que estão sendo realizados com a criança, à falta de paciência da família em esperar, quando solicita a presença da equipe de enfermagem no quarto, ao fato da família sair muito da enfermaria, deixando a criança sozinha, à família que não se enquadra nas normas e rotinas da instituição, e ao tempo ocioso que a família tem durante a hospitalização (PAGLIARI et al., 2008, p. 73).

Os trabalhadores do ambulatório, por trabalharem também com pacientes adultos, mencionam que notam uma diferença de comportamento entre os familiares destes e os familiares das crianças, pois referem que os primeiros são mais compreensivos quanto aos aspectos já abordados, como já evidenciado em algumas falas anteriores, que trazem essa comparação. Assim, aludem que os familiares das crianças aceitam menos as rotinas, cobram mais, desrespeitam e não valorizam tanto os trabalhadores, comportamentos que não veem nos familiares dos pacientes adultos.

*[...] a diferença entre os familiares dos pacientes adultos e familiares de pacientes da pediatria, com exceções, é que eles acabam cobrando mais, desrespeitam e não*

*valorizam tanto o profissional que está ali frente aos filhos. Do adulto tu diz não e é não, pelo menos no nosso setor é [...] T1/GF1*

Destarte, após a explanação de todos esses aspectos geradores de sofrimento, relacionados ao convívio com os familiares no ambiente de trabalho, os trabalhadores trazem como consideram que seria um “*familiar ideal*”, reconhecendo que percebem muitos familiares que são assim. Admitem que questionar é um direito do familiar e se colocam no lugar deles.

*Eu acho que a gente tem vários exemplos lá de familiares que são familiares ideais... que explicam para a criança o que está acontecendo, que colaboram com o tratamento, com a equipe, que tentam fazer o melhor, que não ficam achando que é culpa da gente que a criança está doente. Eu acho que esse é o familiar ideal, que contribui contigo, que está ali realmente para cuidar do seu filho, do seu paciente, do seu familiar e não para ficar interferindo na equipe... eu acho que a gente tem bastante exemplos de familiares que são ideais... T13/GF2*

*São familiares que conhecem seu espaço, que perguntar, questionar todos vão e eu também seria enquanto no papel de familiar, eu também sou chata, no sentido de que eu fico cuidando, eu fico olhando [...] então, eu acho que é normal o familiar ficar ansioso, mas ele tem que respeitar o limite até onde vai o bom senso... o ideal acho que não existe... T9/GF2*

*É que na verdade se a gente se colocar no lugar deles como familiar, a gente também não sabe como a gente seria... eu acho que a gente seria muito “cricri” mesmo [...] o que eu acho que a gente não pode admitir, não pode aceitar é talvez falta de educação, falta de respeito com o profissional, eu acho que de maneira nenhuma a gente pode aceitar, mas claro, questionamentos, numa boa assim, isso é normal, isso a gente também faria, então isso a gente explicando, conversando, a gente consegue levar numa boa... T2/GF2*

Salienta-se que apesar de haver conflitos e situações geradoras de sofrimento na relação com os familiares das crianças atendidas pelos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, esses percebem a importância da família no cuidado à criança e compreendem algumas atitudes dos familiares ao se colocarem no lugar destes.

Por fim, diante dessa enxurrada de emoções trazidas pela oncologia pediátrica, mobilizando crenças e valores sobre vida, doença e morte, os trabalhadores ainda interagem no cotidiano com os pais dessas crianças, os quais, às vezes, não conseguem avaliar a real gravidade da situação, de tão aturdidos com o processo de tratamento. Assim, tem-se “um trabalhador sobrecarregado, muitas vezes insatisfeito com o seu processo de trabalho, tendo que lidar com o estarecimento e a dor do outro” (STEFFENS, 2011).

Por conseguinte, impõe-se como um desafio para a enfermagem que pacientes e familiares sejam reconhecidos “como atores sociais ativos, participantes, corresponsáveis no processo de tratamento, tendo respeitadas as suas dificuldades emocionais, sociais,



econômicas e culturais que impõem limites para o enfrentamento à situação do câncer” (CARVALHO, 2008, p. 101).

A terceira subcategoria temática **“Sofrimento relacionado à organização do trabalho”** abarca situações geradoras de sofrimento oriundas da própria organização do trabalho da qual fazem parte os trabalhadores participantes da pesquisa.

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades, entre outras. Desse modo, “quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo”, o que aumenta o sofrimento (DEJOURS, 1992, p. 52).

Nesse sentido, a organização do trabalho não é entendida somente como a divisão do trabalho, mas abarca a divisão de homens, atuando no nível do funcionamento psíquico, diferentemente das condições de trabalho, que possuem como principal alvo o corpo dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Assim, o destino do sofrimento relacionado ao trabalho depende desta, a qual pode tanto favorecer sua modalidade criativa quanto impedir sua ressignificação por meio de obstáculos como: acelerar a produção, subtrair a autonomia e sobrecarregar o trabalhador, tornar a relação com a hierarquia mais rígida, dentre outros (ANJOS, 2013).

Portanto, no presente estudo, o sofrimento relacionado à organização do trabalho apareceu associado à falta e/ou descumprimento das rotinas; recursos humanos insuficientes e dificuldades no trabalho multidisciplinar; cansaço; dificuldades de relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de enfermagem e a questões institucionais, tais como falta de resolutividade, de apoio e de reconhecimento do trabalho pelos níveis superiores.

A **falta de rotinas e/ou descumprimento das rotinas** do cotidiano de trabalho, pelos próprios colegas e também pelos familiares das crianças internadas, como já mencionado anteriormente, acarreta sofrimento no trabalhador de enfermagem, principalmente na unidade de internação.

Em relação ao descaso com as rotinas por parte dos familiares, os trabalhadores notam que, às vezes, quando cobram as mesmas, além da desaprovação do familiar, também sofrem com comentários e julgamentos dos próprios colegas, os quais não os apoiam nessa questão e subestimam a importância das rotinas.

*Às vezes, até os teus colegas, por exemplo, na unidade tem uma criança que não está se adaptando à comida do hospital. A nutricionista vai lá e conversa, todo mundo tenta [...] quando tu vê a criança está comendo pipoca escondido, salgadinho... aí tu vai lá e fala e é julgada porque tu foi lá e disse que não é para dar, é complicado... às vezes, até os colegas te julgam [...] São casos e casos, mas uma criança que está em pleno tratamento tu tenta sempre educar e pelo melhor [...] T9/GF1*

Dessa maneira, até dentro do mesmo setor, alguns trabalhadores apresentam posturas diferenciadas em relação às rotinas o que acarreta sofrimento, pois sentem que isso atrapalha o andamento do trabalho e gera insegurança para o próprio paciente e familiar esse “conflito de rotinas”.

*Quando eu chego e digo uma coisa e vem outra pessoa e diz outra, isso atrapalha bastante [...] tu chegar e aprender que é para ser assim, assim, assim [...] daí chega alguém: “não, isso não precisa mais, hoje pode ser diferente”... eu acho que isso atrapalha muito... eu sofro muito com a falta da rotina... T16/GF4*

*Aqui na nossa unidade as rotinas estão muito perdidas [...] as rotinas foram mudando, os funcionários todos são de épocas diferentes [...] tem um conflito realmente de rotina aqui dentro que atrapalha um pouco... eu vejo que é justamente por isso, é que nem todo mundo está seguindo a mesma linha aqui dentro porque está faltando alguém que puxe essa linha em linha reta para todo mundo fazer a mesma coisa entendeu [...] T14/GF4*

*Tinha que deixar a mesma regra, todos têm que seguir uma regra, cada um faz uma coisa, cada um diz uma coisa... T19/GF4*

*Isso gera insegurança até para o paciente... T15/GF4*

Ao trabalhar em conjunto, torna-se importante elaborar e tornar estáveis regras práticas de trabalho aceitas por todos. Elas organizam e estruturam o trabalho concreto e as modalidades de cooperação. Com efeito, o coletivo de trabalho é sempre estabelecido em torno de regras de trabalho comuns construídas no próprio coletivo, sendo que na ausência disso, existe um grupo ou uma reunião de pessoas que podem, eventualmente, compartilhar interesses comuns. Cada regra de trabalho tem não só uma perspectiva técnica, mas também uma regra “social”, uma vez que ela organiza o “viver junto” (GERNET; DEJOURS, 2011).

Dessa forma, quando não há clareza nas normas e rotinas que cada trabalhador deve desempenhar podem surgir mal-entendidos e, por vezes, problemas de difícil solução entre os trabalhadores que constituem a equipe, sendo este considerado um fator estressor que pode contribuir para o desgaste emocional na prática hospitalar da enfermagem (FONSECA; SOARES, 2006).

De acordo com esses dados, sabe-se que muitos trabalhadores realmente sofrem quando não conseguem fazer as coisas como acham que deveria ser feito, de acordo com as

rotinas. Nesse aspecto, notam isso também como um reflexo do cansaço presente no cotidiano de trabalho.

*[...] a gente acaba sofrendo com isso também no momento que aquilo não sai do jeito que tu quer [...] eu vejo que tem pessoas que se caso o banho não for naquela hora que ela quer, gera um estresse tão grande que pode acabar com o plantão dela [...] T11/GF2*

*É que eu acho que a gente está tão no limite que quer que cumpram todas aquelas regras, para dar tudo certo, para ti ir embora e o teu plantão ter sido bom... tu passar no teu plantão todo mundo tomou banho, todo mundo está pronto, as veias todas estão puncionadas, os curativos estão todos prontos, cada um na sua caminha dormindo, quietinho... a medicação toda certa... acho que é por aí... que aí tu está tão cansada que tu quer te ver livre daquilo ali, quer que dê tudo certo [...] T3/GF2*

Ainda, outro fator que causa angústia em relação às rotinas é pensar em como o colega vai reagir se o trabalhador deixar de fazer algo, se ficar algo pendente da rotina a ser cumprida naquele turno, sendo que isso se evidencia, principalmente, na passagem de plantão.

*Às vezes, a gente se preocupa também em passar o plantão para o colega, a gente acha que o colega não vai entender, vai te culpar, vai ficar falando ou criticar... T11/GF2*

*Essa é uma questão que eu sempre me pergunto: quando as crianças “perdem veia de madrugada”, às vezes, só tem um sorinho ali [...] aí tu pensa assim: agora vai puncionar, vai acordar toda a unidade porque a criança vai gritar, mas o que o colega vai dizer se eu for passar o plantão assim? “Quis passar a bola, quis se livrar” [...] e aí tu fica mesmo meio apreensivo, será que a colega vai entender? [...] T13/GF2*

É interessante ressaltar que o trabalho hospitalar prevê a passagem do plantão, na qual são realizadas trocas de informações cruciais para que os trabalhadores de enfermagem possam tomar ciência de suas obrigações no momento. Para essa prática ser concretizada é necessário haver, por parte dos trabalhadores, gestão de suas atividades, de modo que os que chegam para o plantão, assim como os que saem, estejam, ao mesmo tempo, disponíveis. Contudo, há queixas dos trabalhadores de enfermagem de que nem todos prezam essa obrigação e que nem sempre a expectativa do encontro e do diálogo se efetiva (OSORIO et al., 2011).

Nessa perspectiva, estudo que objetivou compreender a realidade da passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem apontou que foram tematizadas situações de solução de continuidade na assistência devido a não aceitação pelo plantão seguinte de afazeres que deveriam ter sido feitos e não foram. Além disso, esse posicionamento persistiu em circunstâncias em que os cuidados não foram prestados, naquele

momento, porque foi considerado mais adequado para o paciente prestá-los em outra ocasião, como quando o mesmo está se alimentando ou tomando banho (MACHADO, 2002), tal como colocado pelos trabalhadores da presente pesquisa quando a criança está dormindo.

Assim, a passagem de plantão é complexa e há uma grande preocupação dos trabalhadores em não deixar atividades pendentes relacionadas à assistência, visto que se observa uma cobrança entre os turnos, não se caracterizando uma assistência de enfermagem em 24 horas (BECK, 2001), fato esse que pode acarretar sofrimento aos trabalhadores.

Outro fator gerador de angústia nos trabalhadores refere-se aos **recursos humanos insuficientes e dificuldades no trabalho multidisciplinar**. Nesse contexto, os mesmos sentem-se em risco e sobrecarregados em decorrência da falta de profissionais de enfermagem, como está explicitado a seguir:

*[...] a gente está num período que falta gente e a gente está se debatendo em tudo que é setor para arrumar alguém para trabalhar [...] T7/GF1*

*É a falta da equipe da enfermagem propriamente... essa “escravidão” entre aspas[...] está bem complicado, essa falta de pessoal é uma coisa que está angustiando muito, a gente está correndo muito risco [...] uma tarde dessas eu fiquei muito preocupada, com medo de instalar alguma quimioterapia errada, de fazer alguma bobagem, de tanta coisa que eu, sozinha, tinha que dar conta... T8/GF1*

*[...] os plantões, principalmente da tarde, eu acho que precisa duas enfermeiras... isso causa um sofrimento [...] T6/GF1*

*O que menos gosto no meu trabalho é [...] às vezes, não ter as devidas condições para trabalhar, não ter pessoal suficiente [...] T9/GF2*

A falta de recursos humanos para ofertar o cuidado integral à criança e a sua família constitui-se em fator que predispõe ao sofrimento psíquico, sendo evidenciados sentimentos de angústia, ansiedade, estresse e cansaço (PAGLIARI et al., 2008).

Além disso, evidencia-se, tal como em outro estudo com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação de adultos, o medo do erro pela sobrecarga de trabalho, visto que o grande número de atividades para um número reduzido de trabalhadores dificulta a concentração na realização das tarefas, o que coloca em risco a segurança dos pacientes e os próprios trabalhadores (CATALAN, 2012).

Desse modo, os trabalhadores percebem que essa falta de pessoal acarreta um excesso de trabalho que leva ao cansaço e atrapalha a realização de outras atividades fora e dentro da instituição como, por exemplo, frequentar cursos de qualificação/atualização.

*[...] quinta-feira passada era para mim fazer um curso, foi o chefe que me pediu, aí não colocou ninguém para trabalhar no meu lugar, como é que eu ia fazer o curso? Vim trabalhar... entendeu? Perdi de fazer o curso, mas ia fazer o quê? T20/GF4*

*Eu acho que uma coisa está levando a outra... a falta de pessoal, o excesso de trabalho, acaba que tem as APHs. É uma maneira de ter um valor a mais no salário, então ninguém quer perder, o pessoal acaba cansando, se estressando, a chefia não tem como puxar para curso, tu acaba se desestimulando, não tem mais aquela tranquilidade: “olha, amanhã tu não precisa vir, tem curso em tal lugar, vai ser dispensado para ir lá”... T14/GF4*

A falta de recursos humanos na equipe de enfermagem gera um comprometimento na assistência prestada, assim como sentimentos de estresse e angústia, antes, durante e após a realização do trabalho (PAGLIARI et al., 2008).

Quanto à falta de outros profissionais é apontada principalmente a falta de plantão médico em ambos os setores. Na internação essa ausência é mais visível à noite, nos finais de semana e feriados; no atendimento ambulatorial é na maior parte do tempo, pois os médicos só passam nesse setor geralmente para realizar procedimentos ou atender intercorrências, quando são chamados pela enfermagem.

Assim, os trabalhadores de enfermagem sentem-se sozinhos, tendo que recorrer ao contato telefônico ou chamar profissionais de outros setores para resolver situações dos pacientes que dependem de condutas médicas.

*[...] a gente não tem médico no nosso plantão [...] tem que ter médico na oncologia de plantão [...] não é mais possível tu ter que ligar para o fulano de tal para ele vir atender [...] e demora, são “quinhentos quilômetros” para vir lá do quarto andar até o nosso serviço [...] é a coisa que mais me angustia hoje, é falta de médico [...] T7/GF1*

Essa falta de plantão médico também foi elucidada como um fator gerador de angústia durante a assistência ao paciente em cuidado paliativo que entra em sofrimento e no momento da morte. Assim, os trabalhadores de enfermagem sentem-se sozinhos e impotentes ao cuidar do paciente e de sua família nessas circunstâncias.

*[...] eu sabia que depois das cinco e meia não tinha médico, que era a hora que o residente ia embora. Pensei: se tiver que acontecer alguma coisa, eu espero que aconteça até às cinco e meia, porque não vai ser feito nada, mas pelo menos vai estar aqui para poder me dizer, para aliviar alguma coisa [...] tu liga para uma UTI que não conhece o caso, até tu explicar tudo... experiência minha com morte é muito ruim... T9/GF2*

*[...] é a falta do suporte médico quando a criança entra em sofrimento respiratório, quando a criança está mal mesmo, que não tem mais nada para fazer. Tu liga para o médico “olha a mãe está aqui, a mãe está angustiada, o pai está angustiado”... e o médico diz: “não tem mais nada que eu possa fazer por ele”. Essas coisas deixam*

*a equipe magoada, triste, em sofrimento, frustrada, essa eu acho que é a palavra [...] Tem coisas que são condutas médicas, tu tem o teu limite que tu pode [...] eu acho que isso é um fator que estressa a equipe... T13/GF2*

Convém salientar, entretanto, que a ausência de médico nos setores em determinados turnos e horários se configura um problema institucional. Desse modo, há plantão médico em outras unidades destinados a atender esse setor, mas, geralmente, não estão familiarizados com o caso dos pacientes ou demoram a chegar devido a localização distante, tal como mencionam os trabalhadores.

Nesse sentido, os trabalhadores percebem que precisam dar conta de certas situações sozinhos, que se expõem ao risco e não têm o apoio que gostariam dos profissionais médicos. No caso do Ambulatório tanto dos médicos dos adultos como da pediatria, pois esse setor atende uma clientela variável.

*[...] às vezes, tu liga para o médico e diz assim: “não tem condições de veia e nós não vamos aplicar a medicação”... na outra semana, o paciente está lá do mesmo jeito [...] então a enfermagem trabalha sozinha, se expõem ao risco... é aquele profissional que tem a preocupação com o paciente, que não quer deixar o paciente sem o tratamento, que se coloca no lugar dele e aí a gente assume todas essas responsabilidades [...] a gente não faz a quimio, mas ele também fica sem tratamento [...] e aí quem é que sofre? Isso causa sofrimento em quem? T1/GF1*

*[...] quando a gente precisa do apoio deles, da pediatria também, porque acontece quando a gente tem as crianças que fazem os metotrexates [quimioterápico] de seis horas, o dia que tu vê que não vai ter como atender aquela criança, que vai passar do teu horário de trabalho, tu não tem o apoio deles de dizer “não deixa essa criança para fazer amanhã”... a primeira coisa que tu escuta é “tem que ser feito”, independente se o profissional de enfermagem vai ficar no hospital duas, três horas a mais do teu tempo de serviço, a gente não tem o apoio deles... T1/GF3*

Ainda, em algumas situações, os trabalhadores relatam perceber certo descaso de alguns profissionais médicos com o paciente, o que os sobrecarrega.

*Não é muito bom dizer isso, mas eu sinto um descaso por parte dos médicos com relação aos pacientes... principalmente aqueles mais humildes, que não abrem a boca para nada... T14/GF4*

*[...] muitos pais reclamam que os médicos não conversam com eles [...] eu mesmo não vejo eles entrarem nos quartos para conversar... só vejo os estudantes de medicina entrando, fazendo algum exame físico [...] e os familiares cobram da enfermagem... T20/GF4*

*[...] o paciente, às vezes, vem e não recebeu atendimento na consulta médica que ele merecia receber, ele não foi visto como ele deveria ter sido visto, aí ele chega na frente da gente e quer que a gente resolva os problemas porque é quem está dando a atenção que ele merece e aí a gente fica nesse sofrimento, porque tu não tem aquele profissional que possa trabalhar junto contigo, que tu possa contar. Isso causa sofrimento [...] T1/GF3*

A questão da ausência de médicos de plantão em finais de semana e feriados, bem como o desinteresse médico no atendimento aos pacientes também foi mencionado em outros estudos com trabalhadores de enfermagem (BECK, 2001). Ainda, com relação à equipe médica, outro estudo aborda que a maioria dos atritos está relacionada com a falta de compromisso desses com o setor, isto é, quando são solicitados não comparecem ou demoram a atender o chamado (PAGLIARI et al., 2008).

Além disso, notam que quando ligam para o médico para tirar dúvidas a respeito do paciente ou para solicitar alguma conduta que observam que o paciente está precisando são, muitas vezes, tratados de maneira desagradável ou não recebem a ajuda da qual gostariam.

*[...] a SAE está aí, tu tem que ouvir, tu tem que fazer as tuas observações e a partir delas o paciente relata que está com náuseas, vômitos [...] daí eu tenho que ter aquele jogo de cintura para ligar para o médico porque eu vou incomodar. É o que parece que mais a gente sofre neste sentido, que tem que ser muito grave para ligar, porque senão vou incomodar, porque a pessoa está no ambulatório, está atarefado... então, eu não tenho poder de resolver, mas eu tenho que encaminhar [...] T5/GF3*

*[...] tu pensa: “vou ligar, será que vai me xingar? Será que vai me xingar porque estou falando aquela coisa?”... Claro que a gente não dá importância, mas a gente pensa qual a reação do plantão... T2/GF3*

*[...] porque a gente liga para o médico e só ouve grosseria, muitas vezes, no telefone [...] T3/GF3*

Assim, evidencia-se que não há uma boa comunicação e interação entre os trabalhadores de enfermagem e alguns médicos, como poderia ser, o que pode causar sofrimento. Isso se aplica principalmente aos médicos dos pacientes adultos, mas também aos da pediatria. Desse modo, ligam para os profissionais que julgam ser mais acessíveis nesse sentido.

Estudo com enfermeiros de UTI adulto e pediátrico também cita como gerador de frustração, os conflitos profissionais devido à desvalorização profissional, sentimento de impotência e conflitos com a equipe médica. A desvalorização pode interferir quando há confronto indireto com a equipe médica, suscitando uma separação errônea de funções e atrapalhando o trabalho multidisciplinar. Dessa maneira, médicos se reúnem de um lado e a equipe de enfermagem de outro e não há, muitas vezes, um diálogo harmonioso entre os mesmos (MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Quanto à falta de outros profissionais, além dos médicos, é mencionada a falta de nutricionistas e psicólogos para o auxílio no atendimento dos pacientes, principalmente pelos trabalhadores do Ambulatório.

*A gente trabalha sozinho, é a falta do profissional médico, da nutricionista, do psicólogo... o médico fica distâncias do nosso serviço [...] essa falta de profissionais para trabalhar junto incomoda bastante... T1/GF3*

*[...] se cada um assumisse o seu papel dentro da equipe multi estaria resolvido e cabe sempre ao enfermeiro ser “o chato”, aquele inseguro que está sempre ligando [...] então é isso que vai angustiando, isso que vai gerando estresse e uma hora a gente explode... T3/GF3*

*Eu fico pensando o que está sendo feito na formação desses profissionais, porque falam tanto da formação da enfermagem... que vão formar generalistas, especialistas, um todo, humanizado, só que a gente se adapta a todas as situações: a gente atende acocado, se enfia nos buracos, escuta todo mundo e daí tu vê profissionais assim, nutricionista, psicólogo que não atendem porque não tem uma mesa e uma sala para eles, daí fica complicado [...] enquanto a gente tem que abraçar o todo eles querem cada um fazer o seu quadrado, aí tu tem que te virar em uma centopeia... T9/GF3*

Tangenciando esse enfoque, estudo com trabalhadores da saúde de um serviço de oncologia pediátrica aborda a presença de dificuldades relacionadas ao convívio com profissionais de diferentes especialidades e à comunicação entre eles, o que representa obstáculos a uma atuação integrada (ALVES, 2012; SILVA; HAHN, 2012).

Foi mencionada a dificuldade de comunicação devido à quantidade de profissionais de diferentes especialidades envolvidos e o fato de nem sempre compartilharem as mesmas ideias; a supervalorização dos médicos em detrimento dos demais profissionais, bem como o poder e a autoridade desempenhados pela equipe médica; questões estruturais do hospital em que as salas dos profissionais encontram-se dispersas em diferentes locais e andares, constituindo obstáculos a esse contato; ausência de um momento criado, justamente, para o encontro entre os profissionais e liderado por supervisores externos (ALVES, 2012), convergindo algumas destas questões com a presente pesquisa.

Corroborando, outro estudo com trabalhadores da oncologia pediátrica, refere que a dificuldade de comunicação entre os profissionais das várias áreas ocasiona uma falta de integração na equipe, um desconhecimento da qualificação específica de cada um, o que repercute na divisão de tarefas e responsabilidades, leva à sobrecarga de trabalho e à falta de reconhecimento da atividade realizada (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007).

Nessa perspectiva, devido essa falta de outros profissionais trabalhando junto, além da falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar, uma vez que não foram observados e



relatados momentos regulares de trocas entre estes, os trabalhadores abordam a questão da enfermagem querer sempre resolver tudo, o que aumenta a sobrecarga de trabalho, apesar de hoje contarem com a residência multiprofissional. Entretanto, percebem que essa ainda precisa melhorar.

*Eu acho que o que mais norteia o cuidado é a enfermagem e a equipe multi chegou para acrescentar, só faz três ou quatro anos que chegou a residência, mas ela não impactou ainda, porque toda vez que a gente precisa está complicado. Nesse sentido, a enfermagem fica 24 horas por dia [...] e é a enfermeira a referência, porque o enfermeiro tem esse olhar diferente das outras clínicas, mas eu acho que ainda tem muito que acontecer, a gente precisa muito que ela realmente impacte... T5/GF3*

Desse modo, a enfermagem retém para si atribuições que seriam de outros profissionais, pois se preocupa e sofre ao ver o paciente desamparado. Todavia, essa atitude só eleva sua carga de trabalho, prejudica sua saúde física e mental, além de não proporcionar o atendimento adequado ao paciente, tal como necessita e merece, visto que o atendimento ao paciente oncológico exige um olhar multidisciplinar.

Outra questão levantada pelos trabalhadores foi o **cansaço oriundo do trabalho**. Assim, o sofrimento é vivenciado quando há o desgaste em relação ao trabalho, com a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho (MENDES; TAMAYO, 2001).

O cansaço foi amplamente citado nas colocações dos trabalhadores de enfermagem durante a realização das sessões de GF, aparecendo como uma constante geradora de sofrimento para eles, presente no cotidiano de trabalho, principalmente porque notam que o mesmo reflete em inúmeras atividades fora do trabalho (em casa, no convívio com a família, nos estudos) e gera como consequência atestados e doenças relacionadas ao trabalho.

*Eu acho que hoje o que mais está abalando a gente é o cansaço... T16/GF4*

*Eu me sinto esgotada... quero me aposentar de uma vez... T19/GF4*

*Eu acho que é porque nós todos estamos cansados... T17/GF4*

*Quando eu penso no meu trabalho, a primeira coisa que vem na minha mente é cansaço. T3/GF2*

Um dos fatores mencionados como gerador foi a *falta de pessoal*, elucidada anteriormente, a qual acarreta uma sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, cansaço nos trabalhadores. Também foi referido como mais cansativa a própria assistência à criança,

principalmente pelos trabalhadores do Ambulatório, que atendem também pacientes adultos. Eles referem que o trabalho com a criança exige mais, causando assim um maior cansaço.

*[...] pensando no trabalho com as crianças mesmo assim, que eu acho que é cansativo, que consome muito as minhas energias porque a gente tem que ter muita atenção, o cuidado é diferenciado, diferente do cuidado com o adulto, as medicações, os procedimentos, então exige mais... no meu caso exige mais de mim, mais atenção, paciência, envolvimento e isso me cansa [...] T3/GF1*

*[...] eu saio extremamente cansada, esgotada, porque eu acho que elas exigem mais da gente... eu me concentro mais no momento que eu estou atendendo uma criança do que um paciente adulto [...] T1/GF1*

Esse achado vai ao encontro do que aborda a literatura, destacando que a assistência à criança exige mais do trabalhador, isto é, maior dedicação e doação em comparação a um paciente adulto (PAGLIARI et al., 2008).

Nessa perspectiva, o ambiente próprio de criança foi elucidado pelos trabalhadores como mais gerador de cansaço, pois é mais agitado e barulhento, em virtude do choro, das risadas, gritos e conversas das crianças, o que perturba o ambiente.

*A gente percebe também que quando tem mais barulho parece que fica tudo muito mais agitado [...] o plantão está calmo, não tem nada demais, mas só aquele barulho que é próprio da criança... significa até que eles estão bem, estão brincando, correndo, mas isso perturba o ambiente [...] fica muito mais agitado, daí parece que as coisas não andam, não vão para a frente, tua cabeça fica desse tamanho e tu sai só querendo silêncio [...] T11/GF2*

Os trabalhadores do Ambulatório reiteram essa afirmação, pois realmente observam que essa característica do ambiente próprio de criança gera mais cansaço e interfere em toda a dinâmica de trabalho do setor, inclusive na assistência aos pacientes adultos, os quais ficam mais agitados e emotivos devido ao choro das crianças.

*[...] nas quartas-feiras lá no ambulatório é muito cansativo porque as crianças choram, gritam, brincam, dão risada e aí os adultos também ficam agitados porque não entendem porque aquela criança está chorando, o que a gente está fazendo que a criança está chorando tanto e aí todo mundo agitado, então é muito cansativo... T3/GF2*

*Às vezes, tu está lá punccionando uma criança e tem que atender um adulto que começou a chorar porque escutou a criança chorar [...] é bem complicado... T1/GF2*

Além disso, notam que o próprio cansaço, gerado pela falta de pessoal e escala, interfere no trabalho dentro do setor, o que faz com que o trabalhador se incomode mais facilmente em certas situações, como quando as crianças estão agitadas ou fazendo barulho.

*Se tu colocar a unidade toda nessa sala e fizer essa pergunta, a maioria está cansada e está desestimulada, não tem vontade de vir trabalhar, isso gera problemas dentro da unidade, por vir cansado, por vir sem vontade [...] as pessoas estão no limite pelo cansaço e qualquer pingão vira uma enchente... T14/GF4*

*Eu noto, às vezes, que a equipe está cansada, que a equipe não está bem... então, o fato da criança estar correndo, gritando, incomoda algumas pessoas porque a pessoa já não está bem e está ali trabalhando não sei quantos dias seguidos porque a escala piorou isso [...] a gente vem muito mais cansado, mais frequente, vem trabalhar com dor [...] às vezes, o problema não é a criança, o problema é a colega que não está bem, que está vindo trabalhar se arrastando e não quer tirar um atestado para não defasar a equipe que já está pouco... então, isso também é um fator que contribui bastante no sofrimento do trabalhador... T13/GF2*

Outra questão levantada que contribui no aumento do cansaço foi o *trabalho feminino*, pois os trabalhadores, sendo a maioria mulheres, percebem que além do trabalho no ambiente hospitalar tem que dar conta de inúmeras outras demandas em casa, o que os sobrecarrega mais ainda.

*Nós mulheres não é vir trabalhar, ir embora e deus [...] em casa tu tem filho, tu tem cachorro, tu tem pai, tu tem mãe... se fosse só vir aqui trabalhar e ir embora... T14/GF4*

*[...] porque eu sei que tem muita coisa para resolver em casa também [...] quem é mulher sabe que dentro de uma casa tem muita coisa e fora também: problema de banco, de mercado [...] e aí o teu dia é muito corrido [...] T2/GF1*

Assim, mesmo com o processo de emancipação das mulheres e a entrada no mercado de trabalho, estas continuam acumulando atividades e responsabilidades, tal como se evidencia nas falas acima, principalmente relacionadas ao trabalho doméstico. Nesse sentido, a maior parte do trabalho feminino não é visto como trabalho social, pois se refere ao chamado trabalho doméstico, como o cuidado com os filhos, com o marido e com as atividades de manutenção da residência. Contudo, os afazeres domésticos, o cuidado com os filhos e com a casa são trabalhos, apesar de não remunerados e pouco considerados por serem praticamente invisíveis e não permitirem, diretamente, o acúmulo de mais-valia (SILVA, 2010). Desse modo, salienta-se que

as mulheres realizam uma dupla jornada de trabalho, tanto produtivo como reprodutivo. Produtivo enquanto jornada pública de trabalho, sendo esse assalariado ou não e, ainda, a jornada privada de trabalho reprodutivo nos lares. Essa dupla jornada está constituída por diferentes condições, pois a jornada de trabalho pública está delimitada no tempo, no espaço, em hierarquias, em atividades etc. Já o trabalho no espaço privado constitui a jornada doméstica, que é concebida como atividades próprias do sexo feminino e, portanto, vistas como naturais (SILVA, 2010, p. 42).

Ademais, em virtude dessa dupla jornada de trabalho feminino não ser devidamente considerada, as trabalhadoras mulheres e, principalmente, mães sentem-se sobrecarregadas, o que contribui para o aumento do cansaço e sofrimento no trabalho, por estarem no limite ou não conseguirem dar conta de todas as suas atribuições.

Ainda, as APHs (Adicionais de Plantão Hospitalar) que são um reforço para a questão da falta de pessoal, pois possibilitam o fechamento das escalas, foram citadas como um fator que repercutiu no cansaço dos trabalhadores, assim como outros vínculos empregatícios.

*E essas APHs que vieram para ajudar o funcionário financeiramente acabaram que prejudicou e ninguém quer ficar sem essa fonte de renda a mais [...] se isso não existisse todo mundo estava nos seus horários, com a sua carga horária normal e o outro emprego talvez... então, não é só o emprego daqui, a maioria tem outro, então junta o de lá com o daqui, o de casa [...] a situação hoje em dia pede, tu não consegue sobreviver só com o que tu... tu sempre quer um pouquinho mais ou quer manter o que tem [...] T14/GF4*

*Foi o que nós conversamos aquela noite, é esse esgotamento... T17/GF4*

*Tem gente que vem reclamando de dor nas costas, dor na cervical, mas vem fazer uma APH... T16/GF4*

Logo, os trabalhadores percebem que esse cansaço todo, sobrevivendo dessas várias fontes, reflete também fora do ambiente de trabalho, em casa e no convívio familiar.

*É importante pensar que isso reflete quando a gente chega em casa, na nossa vida pessoal... esse estresse todo, do dia inteiro acumulando funções [...] tu chega em casa, tu está cansada, tu não quer... a convivência com o teu marido, com os teus cachorros, com a tua família se restringi ao limite do teu cansaço [...] T9/GF1*

*[...] o dia que eu fazia doze horas de dia, o meu marido sempre me buscava e quando eu chegava no carro eu dizia para eles: “não falem comigo, estão proibidos de falar comigo, todo mundo em casa” [...] porque se eles falarem eu explodo [...] estou cansada, estou no limite... T6/GF1*

*Eu chego em casa muito intransigente, muito estressada [...] então, querendo ou não, o meu cansaço interfere... T2/GF1*

Conforme os trabalhadores, o cansaço dificulta também a busca por qualificações e a possibilidade de estudar.

*[...] a gente chega muito cansada em casa e acaba atrapalhando [...] se eu tiver que estudar, que está me exigindo, o trabalho tem me exigido chegar em casa e ainda estudar... nossa, está difícil [...] T9/GF1*

*[...] tu pensas assim: “eu queria me qualificar, eu queria estudar, eu queria escrever um artigo”, mas eu estou ali, eu sento no sofá e fico, sabe... eu fico ali, aí*

*meus dias são esses, passa e amanhã eu venho trabalhar, aí eu chego em casa exausta e no outro dia eu venho de novo e assim eu vou indo [...] T3/GF1*

Igualmente, em decorrência do cansaço, os trabalhadores relatam notar a associação deste com o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho e a necessidade de atestados.

*O cansaço, daí vem as consequências do cansaço [...] T17/GF4*

*E aí o que acontece? Muitos atestados... T20/GF4*

*[...] Dores no corpo. Quando tu está cansada e quando está estressada tu acorda e sente que teu corpo está com uma dor assim, que é cansaço somatizado [...] T9/GF3*

Nesse sentido, emerge a questão do trabalho equilibrante e fatigante. Um trabalho livremente escolhido ou organizado comumente oferece vias de descarga mais adaptadas às necessidades do trabalhador sendo, por conseguinte, um trabalho equilibrante. Quando a via de descarga psíquica é bloqueada em função da oposição do desejo do trabalhador à realidade do trabalho, a energia psíquica se acumula, constituindo fonte de tensão e desprazer. Logo, pode aparecer a fadiga, a astenia e a patologia, o que é denominado um trabalho fatigante, que conduz ao sofrimento do trabalhador (DEJOURS, 2011a).

Pesquisa com trabalhadores de enfermagem em âmbito hospitalar confirmou a hipótese de que, devido às más condições de trabalho, à jornada diária, ao trabalho em turnos, à realização de horas extras e ao desenvolvimento das tarefas em ritmo acelerado, os trabalhadores desenvolvem doenças provenientes do cansaço físico e mental, sendo as do sistema osteomuscular a primeira causa de afastamento (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Assim, destaca-se a presença das patologias de sobrecarga no mundo do trabalho, as quais abrangem todas as categorias profissionais, dentre esses os trabalhadores da saúde e são exemplificadas pelo burnout, o Karôshi<sup>8</sup> e os distúrbios musculoesqueléticos, também chamados de Lesões por Esforço Repetitivo – LER (DEJOURS, 2011c).

Salienta-se que, durante a realização das observações simples nos cenários de estudo, notou-se a ausência de funcionários em decorrência de atestados por motivos de saúde, podendo inferir-se a influência destas questões nos trabalhadores da oncologia pediátrica.

Quanto às **dificuldades de relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de enfermagem** destaca-se que, apesar do relacionamento interpessoal ter sido apontado como gerador de prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, também foi associado

---

<sup>8</sup> Doença posta em evidência pelos japoneses, caracterizada por morte súbita causada, geralmente, por acidente vascular cerebral ou cardíaco em indivíduos jovens sem qualquer histórico de risco, sendo considerada a sobrecarga de trabalho como origem (DEJOURS, 2011c).

ao sofrimento, pois alguns trabalhadores tiveram dificuldades nesse aspecto, ao ingressarem nos respectivos setores, o que lhes causou angústia.

*[...] como é difícil chegar num lugar para trabalhar e ser mal recebido, porque eu fui [...] T7/GF1*

*[...] eu também me senti só um jaleco branco chegando [...] T5/GF1*

*[...] foi mais difícil me adaptar com a equipe do que com os pacientes... T17/GF4*

Desse modo, o relacionamento interpessoal entre os trabalhadores de enfermagem também se constitui como uma fonte de sofrimento, pois é algo que angustia e incomoda no cotidiano de trabalho, às vezes, mais que outras questões.

*[...] a coisa que mais me angustia hoje é falta de médico e segundo é o relacionamento interpessoal dentro das unidades [...] T7/GF1*

*[...] são essas coisas que acabam me trazendo mais sofrimento [...] o relacionamento interpessoal com a equipe é o que me traz, não é nem sofrimento, é mais angústia [...] não é o paciente que me incomoda, não é o familiar que me incomoda, está relacionado mais a equipe, ao relacionamento interpessoal do que qualquer outra coisa... T11/GF2*

O trabalho realizado em equipe é importante na assistência à criança hospitalizada e sua família. No entanto, existem conflitos entre os trabalhadores da equipe de enfermagem os quais são desencadeados, na maioria das vezes, por competitividades entre os vários turnos de trabalho e devido às pessoas, que integram a equipe, não possuírem as mesmas condutas no planejamento da assistência à criança, dentre outros aspectos (PAGLIARI et al., 2008).

Estudo com trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise também identificou o sofrimento gerado por dificuldades de relacionamento com os colegas de trabalho. Foram apontados como aspectos geradores de sofrimento a desunião entre os colegas, a falta de comprometimento de alguns membros da equipe e a incompreensão em relação às necessidades de horários dos colegas que estudam (PRESTES et al., 2010).

Assim, o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho é manifestado por trabalhadores de enfermagem como difícil de ser prazeroso, uma vez que existem problemas de convívio e de comunicação entre os mesmos (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

De acordo com esse enfoque, os trabalhadores abordam o quanto é difícil trabalhar em um ambiente no qual há dificuldades de relacionamento entre os colegas, isto é, um ambiente pesado, que notam que faz mal e reflete diretamente no cotidiano de trabalho.

*[...] o pior de se trabalhar é trabalhar num ambiente ruim, principalmente entre os próprios colegas e isso acontece [...] T7/GF1*

*[...] isso é chato, isso é sofrimento, tu já fica pesada... eu não gosto dessa situação, isso me faz mal [...] T5/GF3*

*Eu acho que essa parte do relacionamento, do sentimento é uma coisa que é super importante, porque se tu não está bem emocional, psicologicamente com os relacionamentos, vai refletir no teu trabalho [...] T1/GF3*

Além disso, o sofrimento e o conflito entre os trabalhadores de saúde prejudicam o desenvolvimento da assistência à criança hospitalizada (PAGLIARI et al., 2008).

Assim sendo, em função deste ambiente pesado e tenso no trabalho, os trabalhadores relatam que percebem, às vezes, a necessidade de mudar de setor, pois não conseguem mais conviver com aquilo que os incomoda.

*Eu acho que além dos atestados, tu tem que, às vezes, mudar de setor em função daquilo que está te prejudicando[...] hoje tu já não concorda mais com aquilo [...] não aceita mais, não consegue mais viver naquele ambiente que as coisas funcionam daquele jeito, com as pessoas fofocando de outras, com as pessoas só criticando as outras [...] Muitas vezes, tu chegava e já sentia na porta que vinha aquela pontada de dor de cabeça, mas era pela tensão que tinha naquele ambiente, eu acho que hoje já não dá mais. Depois que tu vive em outro ambiente, tu não quer voltar, apesar de sentir saudade do trabalho [...] T2/GF3*

Portanto, percebe-se o relacionamento interpessoal como algo importante e que reflete diretamente no cotidiano de trabalho. Trabalhar significa se defrontar com prescrições, procedimentos, instrumentos ou materiais a serem manipulados; significa se defrontar com pessoas para acolher ou cuidar e pressupõem também colaborar com uma hierarquia organizacional e com colegas, os quais será preciso aprender a conhecer e poder interagir para atingir o objetivo de produção de um bem ou de um serviço (GERNET; DEJOURS, 2011).

Quanto às **questões institucionais** relacionadas à organização do trabalho, algumas foram apontadas pelos trabalhadores como geradoras de sofrimento.

*O sofrimento é burocrático, é administrativo, não é de cuidado... T3/GF2*

Assim, as situações apontadas foram referentes à *escala de trabalho e incerteza quanto à carga horária associada à vinda da Empresa*<sup>9</sup>, pois sentem esse momento como repleto de dúvidas, que tudo pode mudar a qualquer instante, por não saberem como será o

---

<sup>9</sup> A instituição hospitalar cenário desta pesquisa, durante o período de coleta de dados com os trabalhadores, estava passando por um processo de negociação para adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atuante em alguns hospitais universitários.

futuro. Igualmente, devido às mudanças que vêm ocorrendo, sentem diferenças na carga horária que os preocupa.

*O que mais incomoda a gente é, em vez de se preocupar com o que tu vai estudar aquela tarde com os colegas ou com o que tu vai fazer de melhor com aquele paciente, tu estar se preocupando com escala, estar se preocupando com a tua carga horária [...] a gente está passando por uma fase difícil, de mudança, de carga horária, esse negócio da empresa que todo mundo diz que está vindo, que está aí, e que ninguém enxerga [...] T11/GF2*

*Angustiante... amanhã tu pode chegar aqui e a tua carga horária ter mudado, tu ter que trabalhar mais [...] T3/GF2*

*Tu sai um dia e tem que cumprir 132 e aí tu volta tem que cumprir 176... [horas] T1/GF2*

*Sai de férias e tem que voltar trabalhando até a alma... estressa muito... T9/GF2*

Ainda, quanto à escala de trabalho, foi possível percebê-la como uma grande geradora de conflitos entre os trabalhadores, principalmente por intermédio das observações em campo, visto que muitas conversas giravam em torno de diferenças entre turnos, números de APHs, falta de funcionários, entre outras questões, sendo que esta referência à escala também foi encontrada em outros estudos da enfermagem (SPAGNOL et al., 2010; OSORIO et al., 2011).

Além disso, referem *falta de apoio por parte da instituição e dos níveis superiores*, sentindo-se desamparados, sozinhos frente aos inúmeros problemas que enfrentam no dia-a-dia de trabalho.

*[...] a gente se sente sozinha, sem apoio de instituição, de direção [...] a gente vai lá e apaga o fogo daquele dia, faz, dá o melhor de si, corre o plantão todo, seis horas, doze horas e vai para casa e amanhã tu vai voltar e vai ser a mesma coisa... T11/GF2*

*[...] eu me sinto muito desamparada [...] ter pelo menos aquela palavra de apoio e dos níveis superiores eu sinto que isso não acontece, eu me sinto muito sozinha, sem apoio, sem aquela palavra que pelo menos te conforta nos momentos mais difíceis [...] T1/GF3*

Tangenciando esse enfoque, mencionam ainda uma “sensação de solto” devido à falta de um ponto de apoio, de um suporte mais direto e a quem recorrer, alguém que estimule e incentive a equipe.

*[...] eu acho que nós estamos “meio soltos”... T17/GF4*

*As ovelhas estão um pouco desgarradas aqui na unidade [...] está faltando um ponto de apoio aqui dentro, mais direto, a gente entrou numa época que ou tu*



*estudava ou tu trabalhava aqui dentro... tu era forçado, está com folga vai trabalhar, tu tem tantas horas, vai estudar... vai fazer isso, vai cobrir aqui que a fulana está estudando... então, a gente tinha aquele centro, tinha a quem recorrer, tinha um suporte... a gente era estimulada, tinha incentivo... eu acho que isso tudo é em função da falta de pessoal... T14/GF4*

Aliado a isso, destacam também a *falta de resolutividade* com as questões geradoras de sofrimento no cotidiano de trabalho, pois falam, documentam, levam até os níveis superiores, mas percebem que não há resolutividade, que as coisas demoram muito, que esbarram novamente na questão da Empresa que está por vir e são obrigados assim a continuar trabalhando do mesmo modo.

*[...] tu não tem poder de resolutividade nenhum... na instituição pública tu não consegue contratar, tu simplesmente vai trabalhando da melhor maneira possível, mas resolutividade tu tem muito pouco, autonomia de resolver, tu passa adiante e as coisas vão indo, mas de maneira satisfatória e que a gente idealiza, não acontece... T5/GF3*

*[...] tu vai lá, leva os problemas [...] a gente chama, a gente documenta, a gente tira foto e... “ah, não tem, tem que esperar a Empresa chegar!” [...] as pessoas que estão trabalhando vão acabar ficando doentes, porque é assim que eu me percebo nesse momento, porque é um descaso [...] a nossa realidade é aquela ali e pronto, se virem... T3/GF3*

Outro fator apontado como gerador de sofrimento nos trabalhadores, relacionado a questão institucional, foi a *falta de reconhecimento pelos níveis superiores*, o que os entristece, frente a todo o trabalho que fazem sem se sentirem valorizados por isto. Nesse sentido, “embora faça parte das expectativas de todos os que trabalham, o reconhecimento raramente é conferido de modo satisfatório” (DEJOURS, 2006, p. 35), tal como elucidam as falas abaixo:

*Só que esse reconhecimento, muitas vezes, por parte desses superiores não tem... T19/GF4*

*Eu acho que isso entristece bastante, tu não ter uma palavra de elogio que venha dos administradores... ir lá e dizer “bom trabalho!”... T2/GF2*

*[...] tem sido muito difícil não ter apoio de ninguém, não ser reconhecido diante de tanto trabalho, de tanta coisa que a gente tem que fazer [...] então, eu acho que falta a gente ser valorizada por quem deveria valorizar mais a gente... T1/GF2*

Os trabalhadores, em sua maioria, se esforçam para fazer o melhor pondo nisso muita energia, paixão e investimento pessoal, sendo justo que essa contribuição seja reconhecida. Todavia, quando ela não é, quando passa despercebida em meio à indiferença geral ou é

negada pelos outros, causa um sofrimento que pode afetar a saúde mental destes, devido à desestabilização do referencial em que se apoia a identidade (DEJOURS, 2006).

Estudo com trabalhadores de enfermagem apontou que um fator contributivo para insatisfação no trabalho é a falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições (KESSLER; KRUG, 2012). Um segundo estudo mencionou como um fator desencadeante de sofrimento a falta de reconhecimento pelas chefias, citada tanto pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, como também pelos enfermeiros, além da falta de reconhecimento por parte dos pacientes e familiares (CATALAN, 2012). Já um terceiro estudo aborda que alguns trabalhadores de enfermagem explicitam que não há reconhecimento da instituição quanto ao trabalho realizado por estes (PAGLIARI et al., 2008).

Tais dados encontrados na literatura convergem com os encontrados na presente pesquisa, exceto em relação à falta de reconhecimento pelos colegas e pacientes, os quais se fazem presentes e são geradores de prazer no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica.

Ainda, os trabalhadores participantes associam essa falta de reconhecimento até com o desestímulo e o cansaço observados na equipe, pois sentem que se fossem mais valorizados haveria uma perspectiva de melhora.

*[...] eu acho que esse reconhecimento que a gente fala [...] se tivesse isso aqui eu acho que seria muito importante, acho que muita coisa ia mudar para melhor [...] na equipe assim... T17/GF4*

Nessa perspectiva, ressalta-se que o trabalhador de enfermagem, ao desenvolver a assistência à criança e sua família, espera o reconhecimento como forma de motivação para prosseguir nessa caminhada. Assim, essa falta de motivação para realizar o trabalho, afeta diretamente não só na assistência à criança, bem como é refletida no convívio diário do trabalhador com sua equipe de trabalho, além de transpor para o convívio familiar (PAGLIARI et al., 2008). Portanto, esta falta de reconhecimento do trabalho conduz ao sofrimento, pois

não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve destruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental (DEJOURS, 2006, p. 34).

Continuando essa discussão acerca da falta do reconhecimento, alude-se também a questão da invisibilidade do trabalho em atividades de serviços, principalmente nas ditas femininas, indicando a discriminação do gênero presente na ordem do reconhecimento (LIMA, 2013), o que pode ser identificado no presente estudo, visto se constituir por uma população majoritariamente de mulheres.

Por fim, na quarta subcategoria temática “**Sufrimento acarretando doenças relacionadas ao trabalho**”, após a explanação de todos os aspectos geradores de sofrimento presentes no cotidiano de trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, os trabalhadores associam o surgimento de doenças em decorrência destes, pois percebem que quando estão insatisfeitos, angustiados, há uma predisposição maior aos agravos a saúde. Igualmente, notam que os trabalhadores que não conseguem manter um equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal ficam, muitas vezes, propensos a atestados.

*Se tu está fazendo coisa boa, tu está liberando hormônios: serotonina, dopamina... se está se estressando, hidrocortisol sobe. É herpes, é gripe, porque tua imunidade baixa... T5/GF3*

*Seguidamente a gente vê comentar no trabalho “fulana entrou de atestado de novo”: é a dificuldade que as pessoas têm, de resolver a sua vida pessoal, de conseguir equilibrar o pessoal com o profissional, dependendo do contexto familiar de cada um, tu tem quem ajude, tu não tem... T9/GF3*

Referem que notam tanto agravos físicos quanto psicológicos relacionados ao cotidiano de trabalho.

*Eu observo nos colegas que muitos têm problemas em função do trabalho, tanto físico quanto psicológico... T14/GF4*

*[...] o meu psicológico abalou aqui [...] e físico nem se fala, é uma dor nas costas, é uma dor no pé... T20/GF4*

Ainda, relacionam algumas doenças como dores musculares, à sobrecarga de trabalhos que enfrentam e aos movimentos repetitivos que o próprio trabalho requer, como por exemplo, o movimento de pendurar os frascos de medicação no suporte, bastante presente no cotidiano de trabalho do Ambulatório de Quimioterapia.

*[...] a dor na lombar, eu tenho sentido muito, mas eu sei que tenho que me cuidar e não posso fazer certos movimentos, mas quando tu vê, quer fazer rápido e tu já fez... T9/GF3*

*Eu estava sentindo uma dor no meu braço, pensei acho que vou ter que exercitar ele e melhorou bastante... acho que é do exercício repetitivo que a gente faz... T2/GF3*

Ressalta-se que existem algumas características do ambiente organizacional em serviços de assistência à saúde, principalmente no hospital, que podem se constituir fontes geradoras de doença e absenteísmo, tais como o sistema de turnos de trabalho; os riscos biológicos, físicos e químicos; a sobrecarga física decorrente de esforços repetitivos, postura de trabalho prolongado em pé, posições inadequadas de trabalho e mobilização de pacientes acamados, as quais podem ocasionar fadiga, sintomas e lesões osteomusculares (SALA; PARREIRA, 2011).

Além disso, é destacada a falta de qualidade de vida no trabalho.

*[...] que qualidade que a gente tem no trabalho? Tu não come direito, não toma uma água, a gente come lá todos os dias um potinho requentado [...] em dez minutos, mas nesses dez minutos tu atendeu o telefone, assinou uma pasta, assinou um HU011, falou com não sei quem [...] T3/GF1*

Assim, em decorrência do desgaste físico e emocional que está presente no cotidiano de trabalho, o adoecimento pode se fazer presente neste cenário da enfermagem em oncologia pediátrica.

Por conseguinte, a atuação em oncologia pediátrica é vivenciada de forma ambivalente já que proporciona tanto momentos de desgaste emocional e dificuldades, quanto sentimentos de satisfação e realização profissional (ALVES, 2012).

#### **4.4 Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica**

Se o sofrimento no trabalho não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica, isto é, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pelo surgimento de uma doença mental, é porque contra ele o trabalhador utiliza defesas que lhe permitem controlá-lo (DEJOURS, 2006).

Desse modo, os trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica empregam estratégias defensivas frente ao sofrimento presente no cotidiano de trabalho, sendo algumas bem direcionadas a certos aspectos geradores de sofrimento e outras estratégias mais gerais, utilizadas como modo de amenizar as angústias encontradas.

#### 4.4.1 Estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento gerado no início da assistência à criança com câncer

Como a maioria dos trabalhadores relatou, o início na área da oncologia pediátrica foi marcado por certas dificuldades, inclusive na questão da assistência à criança - fato esse também abordado na literatura (ALVES, 2012) - pois muitos eram acostumados a trabalhar anteriormente com adultos e foram para os setores pesquisados por necessidade da instituição e não por escolha própria, o que exigiu a busca por meios para enfrentar esta situação.

Assim, a primeira subcategoria temática se constitui na **“Fuga”**, pois, no início, em determinados momentos, até pensaram em sair desses setores, como uma maneira de fugir das dificuldades e sofrimento encontrados.

*[...] eu pensei em sair do ambulatório naquele momento, porque eu não conseguia enfrentar a minha dificuldade em trabalhar com crianças [...] T1/GF1*

*[...] porque a instituição simplesmente [...] me mandou para lá [...] lidar com criança já é complicado, já é difícil, viver naquele ambiente de sofrimento, os primeiros dias a vontade era... não vou mais trabalhar aqui [...] T7/GF1*

Entretanto, para conseguirem se manter, os trabalhadores relataram que procuravam ver a criança além da doença oncológica, o que os ajudou a superar essas dificuldades. Portanto, a segunda subcategoria temática **“Pensar na criança além da doença”** foi uma estratégia defensiva utilizada.

*[...] sempre que eu olho para aquela criança eu tento não ver a doença, mas toda a vida, todos os sentimentos que a envolve e aquela família [...] T3/GF1*

*[...] eu tive bastante dificuldade no começo, mas hoje em dia eu superei isso e eu consigo ver a criança com o outro lado, não apenas o lado da doença. T1/GF1*

Pensar além da doença, isto é, além do câncer, auxilia os trabalhadores a perpassar seu cotidiano de trabalho de forma mais amena, visto que ainda nos tempos atuais essa é uma doença cercada de tabus e que remete à ideia da morte, mesmo entre os profissionais da saúde. Desse modo, enxergar a criança além da patologia que a acomete, proporciona tanto uma humanização no atendimento quanto ajuda o trabalhador ao imprimir maior esperança e expectativa de recuperação e cura na realização do seu trabalho.

Ainda, outro trabalhador relatou que, por nunca ter trabalhado nesta área, procurou aprender mais sobre esta, a fim de poder ajudar os pacientes da melhor forma possível. Assim

sendo, a terceira subcategoria temática “**Aprender para ajudar**” também foi uma estratégia defensiva empregada que ajudou a amenizar os aspectos geradores de sofrimento do trabalho ao defrontarem-se com a oncologia pediátrica e suas peculiaridades.

*[...] quando eu cheguei lá eu estava tão preocupada em querer aprender sobre pediatria e oncologia que eu acho que eu criei barreiras [...] não teve sofrimento [...] tu cria estratégias que tu consegue levar de uma outra maneira, eu pensava: eu tenho que aprender para poder ajudar essas pessoas a ficarem boas [...] T2/GF1*

Ressalta-se, nesse aspecto, que a oncologia é uma área bastante específica, que não faz parte, na maioria das vezes, do currículo generalista da formação dos profissionais de enfermagem (AMADOR et al., 2011). Assim, os trabalhadores que iniciam nessa especialidade precisam buscar o conhecimento, geralmente por conta própria, para conseguir atuar junto a esses pacientes. Fato esse que foi mencionado como uma estratégia defensiva, uma vez que focar na necessidade de aprender e adquirir novos saberes ajudou a não se abalar e sofrer frente à inserção nestes setores, a qual foi citada como promotora de angústia para alguns trabalhadores.

Portanto, com o passar do tempo, os trabalhadores demonstram que foram se acostumando a atuar nesta área e aprendendo a lidar de diferentes formas com as questões causadoras de sofrimento, podendo-se pensar que a própria experiência nesse contexto de trabalho funciona como recurso e suporte para enfrentar situações difíceis (ALVES, 2012).

#### 4.4.2 Estratégias defensivas gerais empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica

Foram encontradas nove estratégias defensivas gerais utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, frente ao sofrimento no trabalho.

Na primeira subcategoria temática “**Separar a vida social/pessoal da vida do trabalho/profissional**” os trabalhadores relatam que tentam separar o trabalho da vida pessoal, como uma estratégia defensiva para não sofrer com as questões provenientes desse. Assim, procuram sair do ambiente de trabalho e deixar os problemas ali, não levar para casa e para a vida pessoal, no intuito de não misturar as coisas.

*A gente sabe que a gente tem que se policiar para se controlar, para separar as coisas [...] T9/GF1*

*Tem que sair aqui da porta e pensar “não, agora eu vou para casa, acabou o hospital e eu quero chegar bem em casa, meu marido está me esperando” ... T4/GF1*

*Para mim, a gente se habitua, então não me abala em nada, não que seja seca, mas aqui é uma coisa e fora daqui é outra [...] tem que saber separar as coisas, eu separo muito... T19/GF4*

É importante destacar que essa separação também é evidenciada em estudo com trabalhadores de enfermagem que cuidam de crianças que têm doença oncológica avançada, no qual os participantes referem que é necessário separar o profissional do emocional, isto é, separar o trabalho da vida pessoal e, ao saírem do hospital se sentem aliviados e procuram não se lembrar das crianças (MUTTI; PADOIN; PAULA, 2012) e em estudo com enfermeiros como forma de afastamento, distanciamento, no intuito de não deixar que a assistência ao paciente influencie em suas vidas fora da unidade hospitalar oncológica (SALIMENA et al., 2013b).

Nessa perspectiva, os trabalhadores relatam que procuram “esquecer” ou “deletar” os problemas do trabalho de sua vida pessoal, não como uma forma de negação, pois têm consciência destes, já que por vezes lembram em casa, mas como uma maneira de realmente separar estes dois mundos, na tentativa de não prolongar o sofrimento gerado pelo trabalho na sua vida pessoal, o que se configura como uma estratégia defensiva.

*[...] eu já levei muito para casa, agora eu não levo mais, agora eu saio daqui e esqueço... não que eu não esteja em casa de vez em quando e lembre alguma coisa do trabalho, várias e várias vezes acontece [...] eu já sofri muito porque eu levava para casa e consegui me corrigir, me educar a sair do hospital e deixar os problemas aqui dentro... T1/GF3*

*Eu saio daqui e deleto tudo [...] para mim fica aqui dentro... T19/GF4*

Entretanto, conforme abordado por outros autores, apesar do trabalhador tentar esquecer e fazer a cisão entre a vida profissional e pessoal, esta tentativa pode ser frustrada, pois isso nem sempre se torna fácil de realizar (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008; CAZAROLLI, 2012).

Isso tudo porque, segundo o próprio referencial da Psicodinâmica do Trabalho, a separação clássica entre dentro do trabalho e fora do trabalho não tem sentido, uma vez que o funcionamento psíquico não é divisível. Assim, o trabalhador não abandona seu funcionamento psíquico no vestiário, mas leva suas contrariedades mentais consigo e precisa

da cooperação do seu círculo de relações para manter suas defesas em estado de funcionamento para quando regressar ao trabalho (DEJOURS, 2011b).

Ao passo que também não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova, mas possui uma história, que lhe confere características únicas e pessoais (DEJOURS, 2011a). Assim, o trabalhador não é uma máquina programada que liga ou desliga conforma a vontade da organização do trabalho, mas tem sua subjetividade, o que não torna tão fácil essa separação, pois inclusive, alguns trabalhadores relatam que, muitas vezes, não conseguem esquecer seus problemas de fora do trabalho, assim como levam os problemas do trabalho para casa.

Contudo, os trabalhadores relatam a utilização desta estratégia especialmente para tentar evitar ou amenizar o sofrimento gerado pelo vínculo excessivo com pacientes e familiares, pois percebem que se apegam e se afeiçoam mais a alguns destes, o que pode acarretar maior sofrimento em determinadas situações. Portanto, procuram fazer esta separação, mantendo os vínculos apenas dentro do trabalho.

*Eu acho que os vínculos não podem passar da porta do HUSM para fora [...] os vínculos são aqui dentro... a gente se dá muito bem, tem grandes afinidades, ótimo [...] T8/GF1*

*[...] eu também, procuro separar sempre, só que tem uns que me afeiçoam, me apego... T17/GF4*

Tal achado assemelha-se ao evidenciado em estudo com trabalhadores da saúde que prestam assistência a crianças e adolescentes com câncer, no qual alguns profissionais referiram que “buscam controlar a intensidade de envolvimento com pacientes e seus familiares, através da separação entre questões pessoais e profissionais, como estratégia de enfrentamento para que suas vidas pessoais não sejam prejudicadas e para evitar sofrimento excessivo” (ALVES, 2012, p. 114).

Nesse sentido, para conseguir fazer esta separação, abordam ser essencial *manter a postura profissional* dentro do ambiente de trabalho, pois antes de tudo estão ali como profissionais, apesar dos vínculos criados.

*É, postura profissional... porque ali tu está sendo profissional... T5/GF1*

*[...] uma coisa é a postura que a gente tem aqui como profissional, outra coisa é lá na casa da gente, com os filhos, depois que a gente põem o chinelo é outra... é a tua vida, as tuas rotinas, a tua comida, o teu passeio, é diferente do que tu estar aqui, a “tia” aqui do hospital do que a “tia” lá em casa... T3/GF1*



Ainda, por vezes, percebem ser importante manter certo distanciamento, a fim de evitar situações como a testagem, a desconfiança e a cobrança exagerada por parte dos familiares das crianças, sendo também uma maneira de tentar separar a vida do trabalho da vida pessoal, não nutrindo vínculos com estes.

*[...] às vezes, tem pais que eu tento falar o mínimo possível, que eu vou lá, faço o que eu tenho que fazer, o procedimento, pego a veia, instalo a quimio, viro as minhas costas e saio porque eles ficam testando a gente... T3/GF2*

*É, postura profissional... por mais que tu seja amiga daquela mãe, daquele pai, daquela criança, que tu se dê muito bem, eu acho que a gente tem que ter um pouco de distanciamento... T2/GF1*

Além disso, na questão do vínculo e da necessidade de separar a vida pessoal da vida do trabalho, adentra a discussão sobre as redes sociais, principalmente o Facebook, no qual os trabalhadores já se sentiram expostos em conversas de pacientes e familiares, ditos como “amigos”. Desse modo, compreendem a importância de impor limites e selecionar quem irão aceitar ou não como “amigos” nestas redes sociais, a fim de evitar situações desagradáveis que já vivenciaram.

*[...] a gente não é amigo assim... eu sou o profissional que atende o filho dele. Até o momento que eu estiver atendendo bem, eu vou ser boa e vou ser amiga... no momento que eu não fizer a coisa como eles querem ou como eles acham que eu devo ser, a coisa já vira e eu já sou inimiga número um, sou exposta com apelidos, com risadinhas, coisas assim [...] T3/GF1*

*[...] eu acho que quem coloca limite até onde pode é a gente... mesmo assim tu pode ser amigo de um familiar lá [facebook], mas tu não precisa mostrar para ele toda a tua vida... tem que ter um cuidado para mostrar os limites... T1/GF2*

A segunda subcategoria temática **“Conversar com familiares, consigo mesmo e com colegas de trabalho: uma forma de desabafar e dividir as angústias do trabalho”** foi identificada como uma estratégia defensiva bastante utilizada pelos trabalhadores. Alguns referem *conversar com os familiares*, como o marido e filhos, sobre o trabalho para desabafar, dividir, falar de situações que os angustiam, o que ajuda a amenizar as mesmas.

*Eu desabafo com o [marido] e deu, esqueci [...] dos pacientes o que acontece aqui dentro eu não comento em casa, problema comigo assim... eu preciso desabafar [...] T17/GF4*

*[...] às vezes, quando eu escuto as pessoas dizerem que a gente não fala em casa, eu falo tudo, eu conto tudo para a [filha] [...] geralmente coisas boas e coisas ruins eu levo e a gente divide bastante [...] ela me ajuda, muitas vezes, a sair de uma situação que eu chego angustiada em casa e ela me mostra outro horizonte assim*

*[...] não sei se eu faço errado, mas a gente faz uma troca [...] para mim me faz muito bem, é uma forma de extravasar... T5/GF3*

Tal atitude também foi mencionada por trabalhadores da saúde que assistem crianças e adolescentes com câncer, os quais referiram utilizar a troca com seus familiares como forma de apoio e oportunidade para compartilhar suas dificuldades (ALVES, 2012).

Nesse sentido, a economia familiar pode ser convocada para auxiliar seus membros a enfrentarem as contrariedades em situações de trabalho (DEJOURS, 2011b). Contudo, a maioria dos trabalhadores refere que procuram não conversar sobre o trabalho em casa, apenas quando acontecem algumas coisas pontuais, pois percebem que existem coisas mais importantes para fazerem junto com seus familiares. Ainda, esse discurso vai ao encontro da tentativa de tentar separar a vida pessoal da vida do trabalho.

*Às vezes, eu até comento alguma coisa em casa, mas não é o assunto principal da minha casa... eu já passo tão pouco tempo com o meu marido [...] eu tenho tantas outras coisas da minha vida para conversar, tantas outras coisas para fazer ou vai sentar, ler uma revista com ele, tomar um chimarrão ou vai fazer qualquer coisa, mas trabalho não é o assunto principal lá em casa... T2/GF3*

*Eu também tento não falar muito de trabalho, tem outras coisas, assistir televisão, ouvir uma música, porque a gente já vive um trabalho em tempo quase integral [...] só se acontece alguma coisa pontual que eu preciso conversar, desabafar, mas senão... a gente esquece... T3/GF3*

Em consonância com esse achado, estudo realizado com trabalhadores de enfermagem aponta que estes procuram separar o trabalho da vida pessoal, entretanto revela que, às vezes, é impossível chegar a casa e não comentar, desabafar sobre algum acontecimento marcante do seu dia de trabalho (MUTTI; PADOIN; PAULA, 2012), tal como abordam as falas dos participantes da pesquisa.

Assim, relatam que já sofreram por levar tantas questões do trabalho para casa, o que influencia na relação com seus familiares e nas atitudes em relação a isso.

*[...] eu levava como uma forma de irritação... eu chegava em casa irritada, daí gerava discussão em casa [...] e isso não era uma coisa que me fazia bem [...] eu me comportava de maneira mais agressiva, irritada e isso eu resolvi me corrigir porque eu estava magoando pessoas que não mereciam estar recebendo aquele tipo de tratamento por uma coisa que aconteceu no meu trabalho... T1/GF3*

*[...] eu fazia, mas eu não tenho mais feito porque senão a gente só fala de trabalho e eu percebi que aquilo não estava sendo saudável [...] não estava mais sendo reflexivo, parece que eu estava trabalhando 24 horas por dia, daí eu comecei a parar... T9/GF3*

Nesse enfoque, assim como evidenciado na literatura, o trabalhador, em muitas situações, pode descarregar a sua agressividade e indignação oriundas do trabalho no próprio lar, pois necessita desabafar de alguma maneira. Assim, seus familiares (filhos, marido, pai, mãe ou outra pessoa próxima) podem ser agredidos ou insultados sem merecer, por servirem de válvula de escape para os problemas provenientes do ambiente de trabalho (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

Portanto, alguns trabalhadores referem *conversar consigo mesmo*, isto é, pensar, procurar organizar em seus pensamentos formas para lidar com seus problemas e angústias no trabalho, sem envolver seus familiares.

*Eu converso comigo mesma... eu penso como é que tenho que agir, como é que eu vou me organizar[...] T9/GF3*

Contudo, *conversar com os colegas de trabalho* foi a estratégia defensiva mais ressaltada, que ajuda a amenizar o sofrimento do trabalho, sendo uma estratégia coletiva.

*A gente tenta ser auto suficiente [...] por isso a gente comenta entre a gente... tu acaba desabafando aqui mesmo... T14/GF4*

*No ambiente de trabalho é conversar com as minhas colegas, eu acho que dividir com elas é a única coisa que faz diminuir o meu sofrimento, é poder contar com as minhas colegas, saber que eu vou poder dividir com elas e eu vou sempre receber uma palavra amiga, uma palavra que me conforte [...] T1/GF3*

*Eu acho que eu tento minimizar esse sofrimento, com a terapia em grupo que a gente faz, conversando e falando sobre os problemas, se ajudando, se abraçando, chorando [...] T3/GF3*

Existem estratégias defensivas individuais e coletivas. As estratégias individuais de defesa, como o próprio nome sugere, são de natureza individual e têm importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pequena influência na violência social. Já as estratégias coletivas de defesa são construídas coletivamente e contribuem para a coesão do coletivo de trabalho, já que “trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento” (DEJOURS, 2006, p. 103).

O diálogo entre a equipe também foi referido como prática de enfrentamento e minimização do sofrimento por trabalhadores de enfermagem em outras pesquisas no âmbito hospitalar, assim como a cautela ao referirem não compartilhar as vivências desgastantes do

ambiente de trabalho com seus familiares, o que indica, de certa forma, uma tentativa de “poupá-los” e de esquecer o que é vivenciado no trabalho (KESSLER; KRUG, 2012).

Dessa forma, a conversa com os próprios colegas dentro do ambiente de trabalho auxilia a amenizar a tensão e os problemas presentes no cotidiano.

*[...] eu acho que a gente vai sobrevivendo graças à união da equipe, que eu acho que é o que está nos mantendo ainda em pé [...] a gente consegue aliviar um pouco daquela tensão do dia-a-dia durante a conversa com os colegas [...] T1/GF2*

*[...] ontem aconteceu um fato assim que me deixou bem preocupada daquela paciente que eu puncionei o cateter e sangrou, mas eu dividi com as minhas colegas e aí foi amenizando, de tarde eu já tinha quase que deletado isso da minha cabeça [...] T2/GF3*

Em relação a isso, destaca-se a importância da ajuda e cooperação entre os colegas de trabalho por meio do desabafo, das conversas e a tentativa de descontrair o ambiente (MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013), bem como, a importância de se ter um espaço junto aos próprios colegas da equipe de enfermagem para dialogar e compartilhar experiências como forma de suporte para lidar com circunstâncias difíceis, tanto de maneira informal, por meio de conversas no corredor como, também, formalmente com a realização de grupos (ALVES, 2012).

Assim, tendo consciência dos benefícios dessa estratégia defensiva, e por não fazerem menção a espaços formais de discussão, os trabalhadores procuram promover encontros com os colegas, chegando antes do horário do trabalho para tomar café juntos ou realizando confraternizações fora do ambiente de trabalho.

*[...] a gente fica naquela expectativa, às vezes, a gente combina de vir cedo para tomar chimarrão e para mim não é dificuldade nenhuma de entrar um pouco antes para ter aquele momento com as minhas colegas, de conversa, de distração, que me faz bem [...] quantas vezes tu faz um bolo de noite em casa, que tu nem está com vontade, mas tu faz para os teus colegas porque é uma coisa que te faz bem aquele momento... T1/GF3*

*Ou até mesmo assim “ah, hoje vou passar na padaria cedo e vou pegar um pão quentinho para a gente tomar um café”... a gente se preocupa umas com as outras assim [...] T3/GF3*

*Tanto que a gente faz momentos de se encontrar fora, as nossas jantas, a gente fala tanto, dá tanta risada que a gente nem vê a hora passar assim... a gente precisa disso [...] T3/GF2*

Salienta-se, conforme encontrado em estudo com trabalhadores de enfermagem que, além de estratégias individuais, os trabalhadores utilizam também estratégias coletivas, como

reuniões de equipe e encontros de confraternização, a fim de aliviar as tensões do ambiente de trabalho (KESSLER; KRUG, 2012). Corroborando, pesquisa com trabalhadores da saúde de um serviço de oncologia também aponta que dividir as angústias e falar sobre o trabalho com os colegas auxilia no sentido de tentar fugir do sofrimento que vivenciam no ambiente de trabalho, havendo a necessidade de encontros grupais por meio da realização regular de reuniões de equipe (CAZAROLLI, 2012).

Portanto, a promoção do inter-relacionamento entre os membros da equipe constitui-se uma estratégia defensiva, uma vez que é destacado o bom relacionamento interpessoal, por meio do qual são estabelecidos laços de amizade e de confiança, que ajudam a amenizar as tensões e propiciam ajuda mútua, podendo facilitar e estimular o diálogo, além de impulsionar os indivíduos à realização de seu potencial (MARTINS; ROBAZZI, 2012).

Ressalta-se que essa estratégia, isto é, conversar, foi claramente notada durante as observações realizadas em campo, em ambos os setores, sendo associado a sala de lanche e o posto de enfermagem como verdadeiros “refúgios” para estes trabalhadores, pois são locais onde podem conversar sobre assuntos variados e “fugir”, nem que seja por pouco tempo, dos problemas presentes no cotidiano de trabalho.

Também, aponta-se que essa foi uma das poucas estratégias defensivas coletivas empregada pelos trabalhadores identificada na pesquisa, sendo relatadas mais estratégias individuais, tal como evidencia estudo de revisão na temática (SILVINO et al., 2010), fato que vai ao encontro do cenário atual de individualismo crescente e mostram-se menos eficazes que as coletivas, devido não contarem com a salvaguarda do conjunto de trabalhadores (MORAES, 2013).

Outra estratégia defensiva apontada pelos participantes refere-se à terceira subcategoria temática **“Impor-se limites e dedicar-se a si mesmo”**. Foi apontada a importância de *impor-se limites*, isto é, selecionar as atividades, estabelecer prioridades, não querer fazer tudo sozinho, mas saber dividir com os outros, para não se sobrecarregar tanto e também pensar um pouco em si, na própria saúde e não somente no trabalho.

*O importante eu acho que a gente tem que selecionar as atividades, não querer pegar tudo o que aparece [...] a gente acaba assim prejudicando a saúde, a família, e a cabeça [...] às vezes, até o próprio paciente... T6/GF1*

*Eu acho que a gente é campeã em extrapolar limites, a gente faz isso com nós mesmos [...] eu tenho que me policiar porque realmente tu tens vários braços e vai abraçando e vai pegando e vai fazendo. Eu acho que a gente tem que dar uma paradinha e cuidar da gente mesmo [...] tem que impor limites e saber que tem que dormir, tem que descansar, ter lazer [...] eu acho que a gente não tem que resolver tudo, a gente tem que saber dividir [...] T5/GF3*

Nesse sentido, os trabalhadores refletem que, às vezes, precisam parar e impor-se limites a fim de não se sobrecarregarem tanto e evitarem o sofrimento decorrente desta situação. Dessa forma, se faz necessário que o trabalhador de enfermagem assuma o cuidado de si no âmbito pessoal e profissional com a mesma responsabilidade com que cuida do outro, sendo preciso reconhecer os próprios limites e fragilidades para poder atuar de forma a não ferir as próprias convicções, anseios e desejos e, por conseguinte, atingir o exercício pleno da profissão (BAGGIO; FORMAGGIO, 2008).

Além disso, para amenizar o sofrimento decorrente das questões do trabalho os trabalhadores procuram *se dedicar a si mesmos*, cuidando da saúde e realizando atividades prazerosas que tragam bem estar e ajudem a aliviar as tensões e problemas do cotidiano. Dentre estas atividades foram mencionadas *massagens, relaxamentos, hidroginástica, pilates, Reik, fazer as unhas, o cabelo, frequentar a academia, fazer caminhadas, ler e bordar*.

*[...] reservar um tempo só para a gente, fazer uma massagem, um relaxamento e que não seja dentro do hospital, tem que ser fora, num lugar que não tem nada há ver, para ter um pouco de qualidade de vida, porque senão o tempo passa e quando a gente vê... eu já estou com trinta anos de enfermagem e o tempo passa e a gente não aproveitou sabe... só aproveitou para trabalhar, as obrigações, os compromissos e aquele lado bom da vida ficou... aquele lado assim de se cuidar [...] eu acho que chegou a hora que eu tenho que me cuidar, me dedicar a mim mesmo [...] agora estou fazendo hidroginástica, pilates, massagem [...] T6/GF1*

*[...] eu acho que a gente tem que se dar o direito de ter umas atividades prazerosas, eu, por exemplo, não abro mão de fazer as minhas unhas semanalmente, eu acho um horário, mas eu faço... eu não abro mão de fazer o meu Reik uma vez por semana que me faz bem, eu não abro mão de fazer massagem duas vezes por semana que me faz bem [...] porque a gente tem que se dar o direito de se cuidar [...] T8/GF1*

*[...] Mas tu tem que fazer outras coisas que não focar só o hospital [...] eu procuro ir na academia três vezes na semana, que tem música alta lá, eu pedalo e saio leve, gasto energia fisicamente e a cabeça sai bem melhor... e as caminhadas eu adoro [...] T5/GF3*

*Eu sou muito cíclica nas minhas atividades... eu começo uma coisa, daí enjojo daquilo e começo outra, mas agora eu estou lendo... daqui uns tempos eu canso e vou bordar [...] eu voltei à academia, está me fazendo bem realmente [...] faz bem porque é para mim, é para minha saúde, tu ter uma atividade tua faz muito bem mesmo [...] T2/GF4*

A realização de uma atividade física, como caminhar e frequentar uma academia, é mencionada como uma estratégia defensiva individual empregada por enfermeiros como maneira de diminuir o estresse e trazer calma (MARTINS; ROBAZZI, 2012), bem como realizar atividades físicas e manuais é apontado como recurso para descarregar tensões e

reabastecer energias, por trabalhadores da área da saúde atuantes em oncologia pediátrica, no período em que não estão trabalhando no hospital (ALVES, 2012).

Assim, a busca de apoio externo em atividade de lazer como leitura de livros e filmes ajuda no enfrentamento das adversidades do trabalho, mas são estratégias que distraem, desviam a atenção, afastando o problema temporariamente, contudo sem o resolverem (CATALAN, 2012).

Ao lado dessas atividades, foi citado fazer *terapia e acompanhamento psiquiátrico* como estratégias para ajudar na superação e enfrentamento dos problemas.

*[...] porque chegou num ponto que a minha mãe me encaminhou para um psiquiatra, eu faço acompanhamento com um psiquiatra também e me faz bem [...] me ajuda muito [...] T8/GF1*

*[...] mas a gente tem que encontrar qualidade de vida, não levar tanto sofrimento para casa... sair do HUSM e entrar na tua casa e tentar curtir a tua cama, o teu cheiro, o teu banho, os teus filmes... alguma coisa que te faz feliz, senão mentalmente tu vais ficar doente... então, eu acho que a terapia me fez muito bem e eu também faço academia três vezes na semana, no sábado eu faço as minhas caminhadas que eu adoro [...] T5/GF1*

*Eu vou ao psiquiatra, tomo dois antidepressivos e olha como eu estou bem hoje [...] T20/GF4*

A procura por ajuda profissional de psicólogo foi apontada em outros estudos com trabalhadores de enfermagem (ALVES, 2012; MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013), assim como, a utilização de medicações para auxiliar no convívio com situações consideradas difíceis, principalmente por trabalhadores novos nesta especialidade de atuação (ALVES, 2012).

Ainda, outras atividades destacadas como estratégias defensivas foram *fazer compras, aproveitar momentos com a família e se encontrar com amigos de fora do trabalho*, sendo que as duas últimas também se configuram como estratégias coletivas.

*Eu quanto estou triste saio nas lojas gastar... T19/GF4*

*[...] em casa é momentos de prazer assim, fazer alguma coisa, sair, me dedicar a família, sair com as minhas filhas, levar elas para brincar, são como eu tento minimizar o sofrimento e as angústias do trabalho, esquecer do trabalho e viver os momentos com eles assim, sem falar de trabalho [...] T3/GF3*

*[...] se encontrar assim com outras pessoas [...] a gente dá muita risada pelo menos naquelas duas, três horas que tu fica junto, é muito bom, tu ri, tu conversa, tu te distraí, isso faz falta, tu tem que conviver com pessoas diferentes assim, sabe [...] T2/GF3*

Indo ao encontro desses achados, estudo com trabalhadores de enfermagem apontou que o lazer traduzido por atividades físicas, viagens e festividades são medidas para diminuir o estresse e a ansiedade causados pela atividade laboral. Além disso, foi constatada unanimidade entre os trabalhadores participantes quanto à necessidade de acompanhamento psicológico e grupos de autoajuda para valorizar e enfrentar o desgaste no trabalho (KESSLER; KRUG, 2012).

Também, outro estudo com trabalhadores da saúde em oncologia, mencionou como estratégia de defesa o convívio com amigos e familiares, sendo uma forma de evitarem o sofrimento advindo do trabalho, que se acredita que seja eficiente no sentido de promover bem estar ao trabalhador (CAZAROLLI, 2012).

Conduto, cabe refletir que as situações de trabalho oferecem poucas chances aos indivíduos de se realizarem, ou seja, de obterem satisfação inerente à sua tarefa. Assim, o trabalho passa a ser considerado uma tarefa enfadonha, um ganha-pão, destituído de significação. Trabalho e lazer ficam de lados opostos, sendo que o próprio cultivo de hobbies demonstra que algo está falido no cotidiano de trabalho (FERRAZ, 2013).

Pondera-se que essa estratégia remete ao que Dejours (1992) aponta como o uso do tempo fora do trabalho, como uma forma de compensação e de contrabalançar os efeitos nocivos do trabalho. Entretanto, se for levado em conta o custo financeiro das atividades fora do trabalho (cultura, esporte, formação profissional) e do tempo absorvido pelas atividades ditas inelásticas (deslocamentos, tarefas domésticas), poucos são os trabalhadores que podem organizar o lazer conforme seus desejos e necessidades fisiológicas. Além disso, é um sistema defensivo fortemente individualizado (DEJOURS, 1992).

Destarte, a realização dessas atividades pelos trabalhadores, como hobbies, ajuda-os na eufemização do sofrimento, mas não têm um caráter de resolução, apenas o ameniza temporariamente.

A quarta subcategoria temática **“Se valorizar, aprender com os erros e tirar o lado bom da situação como um aprendizado”** também é uma estratégia empregada frente a determinadas situações que acontecem no trabalho e causam sofrimento nos trabalhadores. Assim, eles procuraram se valorizar, aprender com os erros que acontecem e tirar o lado bom da situação como um aprendizado, sem pensar apenas na parte ruim, pois têm consciência da competência que possuem e que sempre estarão sujeitos a riscos de algo não dar certo.

*Eu acho que eu estou aprendendo a filtrar... o que é meu é meu, o que não é meu não me pertence, fica contigo [...] coisas que falam da minha pessoa: eu sei que eu sou competente, que eu sou boa no que eu faço, não levo dívidas para casa em*



*relação a isso, boto minha cabeça no travesseiro tranquila e o que eu posso fazer eu faço, o que eu não posso eu não vou poder sofrer com isso porque senão vai... é a minha saúde física, porque o emocional vai para o físico, eu vou começar a ficar com dores e tudo que não vai me fazer feliz [...] Se é meu, eu vou sofrer e vou ter que aprender, não vou repetir o mesmo erro, mas senão me desculpe, eu vou deletar [...] não vale a pena, o que mais conta é a tua família, teu trabalho se tu não vier amanhã é perfeitamente substituído, tu vai fazer falta para os teus familiares [...] T5/GF3*

*Eu acho que tu tens que ter consciência e saber te valorizar, que tu é importante, que está sujeito a riscos e que ninguém vai morrer por isso [...] a gente tem que saber tirar o lado positivo porque na hora assim é sofrimento, a gente se sente muito ruim, tu tem vontade de abandonar tudo, mas depois que passa a gente consegue absorver pelo menos alguma coisa boa daquilo que aconteceu, alguma lição e eu acho que é aprendizado [...] a gente tem aquela coisa de se culpar ou de ver em primeiro lugar a parte ruim, na verdade não é assim, a gente faz mil coisas boas para uma coisa ruim e eu acho que é isso que a gente tem que valorizar... T1/GF3*

*[...] às vezes, estou bem angustiada, bem chateada, mas eu fico um tempo assim, depois eu vou tentando amenizar, pensando assim: isso aconteceu para melhorar tal coisa ou tal crítica de tal paciente também não me interfere tanto porque é uma pessoa, os outros já não pensam daquela forma... eu vou tentando trabalhar a minha cabeça para não me desestimular [...] vou processando aquilo por um tempo, por uns dias, mas depois vai acalmando, vai melhorando [...] eu tento tirar o que é bom daquela situação para eu melhorar, o que me serviu de lição, mas tem que ser como um aprendizado... T2/GF3*

O medo de errar é algo presente no cotidiano da enfermagem, podendo ocorrer situações causadoras de angústia, preocupação e sofrimento no trabalhador. Percebe-se que os erros afetam de maneira negativa os trabalhadores, os quais não são preparados para lidar com os mesmos e com os sentimentos desagradáveis advindos destes. Portanto, um modo de enfrentamento dessa situação é a tomada de consciência sobre o fato vivido, que se constituiu em um momento de aprendizado pessoal e gera estratégias para a convivência temporária com os sentimentos de tensão e impotência. Outro aspecto desse aprendizado relaciona-se com a dimensão positiva que pode envolver esse episódio (SANTOS et al., 2007), tal como elucidado pelas falas acima.

Ainda, em concordância com esses depoimentos, estudo com trabalhadores da saúde em oncologia refere como modo de defesa a valorização do trabalho que desempenham, a fim de equilibrarem-se emocionalmente. Assim, diante do sofrimento, refletem sobre a importância do seu trabalho para as pessoas que assistem (CAZAROLLI, 2012).

Já outro ponto destacado como uma estratégia defensiva frente ao sofrimento que passam no cotidiano de trabalho consiste na quinta subcategoria temática **“Enxergar de maneira diferente os problemas”**, olhando mais para o lado, pois têm consciência que

possuem coisas que os fazem felizes, em comparação com outras pessoas, e sentem que, muitas vezes, reclamam sem ter necessidade.

*[...] a gente tem que buscar resolver esses problemas que a gente tem e na hora a gente não consegue enxergar, porque tu tem saúde, tem uma família, consegue fazer as coisas que tu tem vontade, é uma questão da gente conseguir enxergar de maneira diferente [...] a gente tem que olhar mais, às vezes, para o lado, as situações ruins que as outras pessoas vivenciam e que a gente não vivencia [...] muitas vezes, a gente acaba reclamando sem realmente precisar [...] T1/GF3*

*Que a gente reclama, reclama, mas a gente sabe que é feliz... a gente reclama que está cansado, que as coisas não andam, que os médicos não sei o quê... mas a gente sabe que a gente é feliz porque tem alguém nos esperando em casa, a gente tem saúde [...] T3/GF3*

Assim, esse olhar voltado para as dificuldades enfrentadas por outras pessoas auxilia na eufemização de suas próprias dificuldades. Nesse sentido, seguidamente fazem comparações entre seus problemas e os problemas vivenciados principalmente pelos pacientes que atendem, o que os faz repensar sobre suas preocupações e valores.

*Às vezes, tu faz do teu problema um grande problema, mas depois tu repensa e vê: meu problema é tão simples [...] a força de vontade que os pacientes têm... aquela alegria que a gente fica até chocada assim... a gente se entristece por pouca coisa e eles com muita coisa ainda eles conseguem [...] aquela alegria [...] T12/GF2*

*Eu hoje me sinto satisfeita por trabalhar na oncologia porque é uma escola de vida, um aprendizado, é uma lição moral, é uma lição espiritual, porque tu reflete muito sobre a tua vida, cada momento que tu trabalha está sempre refletindo as coisas, sobre os valores o que é importante, o que vale a pena tu investir para ti em relação as coisas lá fora e as coisas aqui dentro, tu aprende a dar valor às pequenas coisas, quando tu vê uma pessoa doente tu vê que tu está bem e que precisa estar bem para ajudar o próximo, que o teu problema acaba sendo pequeno em relação ao outro... eu vejo assim que o meu problema acaba sendo pequeno... T20/GF4*

Falas semelhantes são colocadas por trabalhadores de enfermagem em outra pesquisa, a qual se configura como mais uma possibilidade que auxilia o trabalhador, fazendo com que se relacione melhor com seu trabalho. É explicitado o aprendizado que os trabalhadores podem ter ao presenciar o sofrimento do outro, o que pode suscitar novos comportamentos e formas de viver a sua vida (BECK, 2001).

Dessa maneira, as vivências em oncologia pediátrica são experimentadas com satisfação por oferecerem oportunidades de aprendizado pessoal, funcionando como lições que possibilitam aos trabalhadores de saúde ressignificar a própria vida, redimensionando os problemas enfrentados no cotidiano. Os trabalhadores demonstram admirar a capacidade de superação das crianças e adolescentes com câncer e compreendem a relação de cuidado

estabelecida com seus pacientes como sendo de “mão dupla”, na qual ambos se beneficiam e são transformados pelo encontro (ALVES, 2012).

Igualmente, outra estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores refere-se à sexta subcategoria temática **“Cultivar a espiritualidade/religiosidade”**. A religiosidade e a espiritualidade são consideradas aliadas importantes dos indivíduos que sofrem e/ou estão doentes. Assim, existem evidências crescentes da associação da religiosidade com saúde mental, sendo apontada como um fator protetor para o suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamentos delinquentes, sofrimento psicológico, entre outros, pela literatura que aborda o tema (FLECK et al., 2003).

Quanto à abordagem conceitual, tem-se que a espiritualidade traz questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas. Já a religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Mesmo que haja uma sobreposição entre as noções de espiritualidade e religiosidade, esta última difere da primeira pela clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo (FLECK et al., 2003).

Ainda, essa diferenciação entre espiritualidade e religiosidade tem importante significado, visto que pessoas que não seguem uma religião podem ter na espiritualidade uma importante fonte de apoio que fortalece seus enfrentamentos, assim como, em sentido oposto, as que seguem religiões nem sempre encontram o fortalecimento em suas doutrinas (NASCIMENTO et al., 2013).

Assim, cultivar a espiritualidade/religiosidade foi apontada como uma estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores, por exemplo, em momentos angustiantes tal como quando vão puncionar um acesso venoso periférico difícil e de modo mais geral, também frente a outras questões geradoras de sofrimento. Desse modo, enfatizam que ter fé, acreditar na força espiritual auxilia nos momentos de sofrimento, acalma e possibilita que sigam em frente.

*[...] se vão puncionar uma veia eu me sinto na obrigação de estar junto, daí rezo, chamo o anjo da guarda do paciente, quantas vezes deu certo [...] eu dizia: “por favor, chama teu anjo da guarda!” e na primeira puncionava [...] daí eu dizia: “não foi eu que puncionei, foi teu anjo da guarda” [...] T15/GF4*

*Eu nunca procurei tanto a parte espiritual do que nos últimos tempos [...] e uma das coisas que eu aprendi é agradecer muito pelo que tu tem, se tu agradece diariamente pelo que tu tem, pelo que tu conseguiu, pela tua saúde, pela tua família, pelos teus amigos assim, eu acho que vai te trazer muito benefício [...] eu acho que tu acreditar em alguma coisa, ter fé, ajuda bastante... T2/GF3*

*A gente precisa dessa força espiritual, essa força além, porque a gente vem para o hospital e sai dali muito sugada, às vezes, e é nesse momento que tu consegue elevar o teu espírito, acalmar a tua alma para ti seguir em frente, para clarear teus pensamentos [...] T3/GF3*

A busca de apoio na prática religiosa foi expressa como uma estratégia defensiva nos discursos de enfermeiros de uma UTI, em que a crença, a fé e a oração surgiram como uma forma utilizada para enfrentar as dificuldades que geram sofrimento no cotidiano de trabalho (MARTINS; ROBAZZI, 2012; MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Ainda, a busca espiritual foi referida como estratégia para minimizar o sofrimento e os abalos psicoemocionais gerados no cotidiano do cuidar/assistir pessoas com câncer por enfermeiros de um hospital oncológico (SALIMENA et al., 2013b).

Além disso, a utilização da fé, na realização de procedimentos dolorosos, foi apontada na fala de uma enfermeira, em estudo com trabalhadores da saúde que atendem crianças e adolescentes com câncer, como a crença de que os pacientes que falecem tornam-se anjos da guarda que intervêm por ela e pelos demais profissionais de saúde atuantes no hospital, o que proporciona tranquilidade e sucesso em seu trabalho (ALVES, 2012). Desse modo, “chama” esses anjos da guarda quando vai realizar algum procedimento, tal como expressa o trabalhador T15 na presente pesquisa ao tentar realizar uma punção venosa periférica considerada difícil.

Dessa forma, a espiritualidade funciona como uma ferramenta que auxilia a enfrentar as dificuldades experimentadas no cotidiano de trabalho, contribuindo para a compreensão, aceitação e elaboração de situações dolorosas vivenciadas ao longo do percurso profissional, tal como para ressignificar a morte dos pacientes (ALVES, 2012).

Os trabalhadores também apontaram como estratégia defensiva a sétima subcategoria temática “**Introspecção e bom humor no trabalho**”. Alguns relatam que utilizam a *introspecção*, isto é, fechar-se, pois foi o modo que encontraram para lidar com determinadas situações geradoras de sofrimento tanto no ambiente de trabalho como fora. Assim, referem que existem momentos que não querem falar com ninguém, inclusive com seus familiares.

*[...] às vezes, eu sou meio fechada [...] eu acho que é uma maneira de proteção que eu não consigo fazer de outra maneira [...] T2/GF1*

*A minha defesa é cara feia [...] é sempre me fechar [...] na minha vida eu sou assim, a minha defesa é me fechar em copas... T16/GF4*

Essa estratégia defensiva individual também foi abordada em pesquisa com agentes comunitários de saúde, os quais relataram a busca pelo isolamento, evitando contatos sociais e com a família, como forma de lidar com questões do cotidiano de trabalho (LOPES, 2010).

Já em determinados momentos, os trabalhadores relatam que a estratégia defensiva que utilizam é o *humor*, seja falando assuntos engraçados ou dando risada junto aos colegas e pacientes, em vez de se fechar, como uma forma de extravasar e de aliviar o sofrimento no trabalho.

*Eu falo o tempo inteiro as minhas bobagens que é uma forma minha de extravasar... aqui dentro, aqui fora, então 24 horas por dia falando bobagens... T20/GF4*

*[...] apesar de uma agenda enorme para a gente atender, a gente ainda conseguia dar risada, não sei da onde a gente estava tirando força para dar risada, mas a gente dava risada, a gente brincava lá com os pacientes, no fim tudo termina bem... T2/GF2*

Esse dado, embora não tão reforçado pelas falas dos trabalhadores, mas bastante evidenciado pelas observações realizadas em campo, aparece de forma semelhante em estudo com trabalhadores de enfermagem de um serviço público de pronto-socorro, o qual aponta a modulação do sofrimento com humor para não adoecer. Assim, no alívio da tensão, os comentários humorados, as piadas e os momentos de riso estão constantemente acompanhando o trabalho como recurso contra o sofrimento (DAL PAI; LAUTERT, 2009).

A oitava subcategoria temática consiste em **“Pensar em folga/férias/atestado: uma fuga nos momentos difíceis”**. O pensamento de folga, férias ou atestado foi colocado como uma estratégia que surge nos momentos de muita tensão e estresse, no qual o trabalhador não consegue mais se organizar e pensa-se como uma fuga rápida daquela situação que o angustia.

*É que eu acho que é um pensamento de férias, de folga, que vem num momento de muito estresse... num momento que tu está assim de não conseguir organizar a tua cabeça... T9/GF3*

*Eu também pensei em tirar um atestado, pensei em tirar férias... eu queria poder ficar fora um pouco assim [...] porque eu precisava sair daquilo... aquele ambiente estava me angustiado muito [...] tu quer fugir daquela situação... T3/GF3*

Tirar folga e aguardar o final de semana, feriados e férias também foi apontado em pesquisa com enfermeiros como uma estratégia defensiva individual de fuga em momentos de maior desgaste, os quais são esperados com expectativa pelos trabalhadores e como forma de fugir e esquecer-se dos problemas do trabalho (FREITAS, 2014).

Contudo, os trabalhadores sabem que essa não é a melhor estratégia a ser utilizada frente aos seus problemas no trabalho. Assim, racionalizam sobre tal questão e apontam que, na verdade, precisam buscar meios de se organizar melhor para não estarem sempre pensando em folga ou férias.

*[...] eu não posso encarar desse jeito as coisas, eu preciso não pensar nas férias, preciso, na verdade, me organizar melhor para tornar o meu dia-a-dia mais produtivo, mais light porque senão eu só vou pensar na sexta-feira... e daí a sexta-feira, o sábado, o domingo é muito curto porque a sexta-feira, na verdade, ela é boa, é relax só depois das oito, então ela já é curta, aí o sábado e o domingo voam, se o dia da semana vai ser estressante eu vou ter que tornar ele menos estressante porque senão a minha vida não vai fluir legal, então o negócio é não pensar só nas férias ou só na sexta de noite, o negócio é que a semana seja legal... isso só depende de mim... T9/GF3*

Portanto, têm consciência que essa estratégia apenas ameniza o sofrimento de modo temporário, sendo necessário buscar outros meios mais eficazes e duradouros.

Por fim, a nona subcategoria temática **“Continuar trabalhando: estratégia empregada frente às situações geradoras de sofrimento no turno de trabalho”** é utilizada quando acontece alguma situação geradora de sofrimento durante o plantão de trabalho e o trabalhador precisa continuar nesse ambiente e conciliar seu trabalho, apesar de sentir-se mal no momento.

Os trabalhadores referem que continuam trabalhando, cada qual de sua maneira, mas sentem que o próprio ambiente muda, fica pesado e perpetua aquela sensação desagradável, contaminando toda a equipe.

*Continua trabalhando, mas o ambiente muda [...] baixa a nuvem negra e todo mundo trabalha, pode ver, chuta o balde, mas acaba com o dia de todo mundo... todo mundo trabalha naquela escuridão [...] fica pesado e fica ruim para todo mundo, começa a dar dor de cabeça em todo mundo e assim vai [...] é o que a gente faz, se fecha e vai [...] e, às vezes, tem um que não está bem e tenta contagiar todo mundo [...] com mau humor, com estresse... T14/GF4*

Assim, percebem que não têm outra opção senão dar um tempo, tentar se acalmar e continuar trabalhando como se nada tivesse acontecido.

*A gente sai, dá um tempo, toma uma água, vai no banheiro... a colega manda a gente almoçar, a gente demora mais um pouco no almoço, lava a cara e volta... tu não tem outra escolha [...] tem que continuar... T3/GF3*

*Resiliência [...] dá vontade de ir para casa e tem que continuar aqui até tal hora, com a cara maravilhosa, de preferência não fazer nada, nem barulho [...] quando acontece uma coisa tu não tem a opção “posso ir embora?”... T9/GF3*

Nesse enfoque, o apoio e o diálogo com os colegas de trabalho também ajuda a amenizar a situação para seguirem adiante naquele momento.

*[...] esses dias que eu cheguei e estava um ambiente pesado assim... “T2 conta até dez, conta cinquenta, sai daqui, respira, vai tomar um café”, sabe... deixa que eu faço... eu acho que isso resolve [...] a gente tem que aprender com o tempo, porque senão a gente vai ficar doente mesmo [...] T5/GF3*

*Esses dias eu tive que contar para uma colega minha que ela estava com vontade de chorar, eu disse: “não faz essa cara de choro, engole e vai em frente”... a gente está aqui, a gente vai continuar aqui e talvez essas pessoas que fizeram isso daqui um tempo não vão estar aqui, então levanta a cabeça e bola para frente, as pessoas passam e a gente fica, a gente tem que continuar... T2/GF3*

Esses achados são corroborados por pesquisa realizada com enfermeiros, a qual aponta como estratégia defensiva frente ao sofrimento no trabalho “manter a calma: “respirar fundo”, “tomar uma água”, “contar até dez” e apoiar-se nos colegas para contornar as situações mais difíceis” (FREITAS, 2014, p. 79). Assim, isso os ajuda a continuarem trabalhando.

#### 4.4.3 Estratégias defensivas empregadas frente às recidivas, manejo paliativo e morte em oncologia pediátrica

Na oncologia, os termos recidiva, cuidado paliativo e morte fazem parte do cotidiano assistencial da enfermagem, sendo vivências que geram sofrimento no trabalhador, principalmente por se tratar de crianças. Assim, os participantes demonstram utilizar algumas estratégias frente a essas circunstâncias, as quais os ajudam a se manterem saudáveis neste ambiente de trabalho.

A primeira subcategoria temática consiste no “**Conformismo**”. No caso das recidivas, alguns trabalhadores apelam para essa estratégia, mas buscando manter esperança a fim de estimular o paciente nesta etapa difícil.

*É, vamos de novo, vamos tentar [...] bate a tristeza, mas a gente tem que manter o foco para poder manter o estímulo deles... tentar fazer de conta que não é nada e que vai passar, passou por uma vai passar por duas, vai dar tudo certo... é duro... T14/GF4*

Outros procuram já ir *se preparando para o pior*, pois pensam na recidiva como sinônimo de morte, o que os auxilia no enfrentamento dessa situação, sendo também um modo de se conformar com a mesma.

*[...] eu imagino assim “vai morrer” [...] na minha cabeça morreu... T17/GF4*

Já, quando a criança está em cuidados paliativos, os trabalhadores procuram minimizar o sofrimento desta, como forma de também aliviar seu próprio sofrimento e angústia frente a essa situação, igualmente demonstrando certo conformismo.

*[...] a gente vai tentar minimizar o máximo do sofrimento [...] não vai deixar o paciente, vai tentar minimizar da forma que eles não fiquem com dor, dar conforto, é o que tem para fazer... T20/GF4*

Ainda, frente à morte da criança, alguns trabalhadores a percebem como o fim do sofrimento do paciente, o que os ajuda a aceitar melhor esse momento e se conformar com a perda, pois o que mais os angustia é ver a criança sofrendo, devido a situações comuns durante o processo da morte oncológica. Portanto, pensar na *morte como sinônimo de “parou de sofrer”*, como um alívio para o paciente, é uma estratégia defensiva empregada que auxilia na sua aceitação.

*Eu penso assim: parou de sofrer coitadinho, chega de sofrimento... T18/GF4*

*[...] eu o que me judia mais é ver o sofrimento, depois que morre é “graças a Deus parou de sofrer” [...] T15/GF4*

É importante salientar que essa significação da morte como sinônimo de alívio do sofrimento para o paciente, para a família dele e para a enfermagem é apontado pela literatura (ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010; CARMO, 2010; SALIMENA et al., 2013a). Para tal esse sentimento de alívio mencionado é consequência da falta dos cuidados paliativos, pois quando ele existe, a criança não recebe tratamento curativo exaustivamente apesar de não haver resposta, mas consegue ir para casa viver seus últimos dias com a família ou permanece no ambiente hospitalar, com seus sintomas controlados de forma adequada, em ambiente agradável, com a interação da equipe (CARMO, 2010).

Essa questão pode ser inferida também na presente pesquisa, pois a falta de um manejo paliativo adequado foi um fator apontado como gerador de sofrimento aos trabalhadores de enfermagem, que precisam, assim, lançar mão dessa estratégia defensiva em seu cotidiano de trabalho.



Igualmente, outra estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores é *ter consciência de que foi feito o possível* para a criança ficar bem, mas que, infelizmente, em alguns casos a doença não dá chance realmente e a morte, inevitavelmente, é o desfecho, por mais que todos da equipe tenham se empenhado para o contrário. Assim, esse pensamento os leva a se conformarem mais facilmente com a perda.

*[...] eu procuro assim... ficar bem claro para mim que todo mundo fez o que realmente pode para aquela criança ficar bem, para aquela criança pelo menos se sentir um pouco melhor e eu acho que isso que a gente tem que levar [...] eu acho que essa hora da decisão médica, que eles decidem “olha, não tem mais o que a gente fazer”, realmente se esgotam todas as possibilidades de protocolo, de medicação e a doença realmente não dá chance, não é por incompetência [...] eu acho que nós profissionais temos que pensar que a gente fez o que pode, conseguiu dar o melhor da gente não só para aquele momento da morte em si, mas tudo aquilo que veio antes... todas as internações, todos os momentos que a criança precisou, que o acompanhante precisou, que tu deu o melhor de ti, mais para te deixar tranquila e pelo menos que tu consiga levantar o outro dia de manhã e vir trabalhar de novo, porque isso tudo é um processo que se repete... T11/GF2*

Vale destacar que ter a consciência tranquila de que fez o melhor para o paciente também é apontado nos depoimentos de enfermeiros de um hospital oncológico, como uma estratégia para lidar com o cotidiano de trabalho em oncologia (SALIMENA et al., 2013b).

O sentimento de dever cumprido pelo trabalho realizado e por oferecer o cuidado necessário e possível aos pacientes também é mencionado como um recurso para enfrentar as dificuldades e os sofrimentos inerentes à atuação profissional por uma trabalhadora de enfermagem que assiste crianças e adolescentes com câncer. Esse sentimento de ter cumprido o que lhe cabia realizar faz com que não se sinta culpada, nem em dívida com pacientes e seus familiares, inclusive em situações de óbito (ALVES, 2012).

A segunda subcategoria temática abordada consiste em **“Aprender a conviver e desenvolver um novo olhar a partir da morte”**. Desse modo, uma das estratégias empregadas, principalmente no início da atuação na área da oncologia pediátrica, foi *aprender a conviver com a morte*, pois referem que ao longo do tempo se adaptaram com a morte como algo presente no cotidiano de trabalho.

*[...] com o tempo eu fui me adaptando e aprendendo a conviver mais com isso, com a questão da morte... mas de início foi bem difícil... T20/GF4*

*É estranho a gente dizer “acostumar”, mas eu acho que é isso, acho que a gente acostuma... T16/GF4*

Nessa perspectiva, os trabalhadores observam que a morte influencia e reflete também em suas vidas fora do ambiente de trabalho, levando-os a terem um novo olhar sobre as suas vidas e valores. Portanto, ter esse *novo olhar a partir da morte* consiste também em uma estratégia defensiva que os auxilia a enfrentar o sofrimento gerado pela morte a partir da consciência das coisas que realmente têm valor em suas vidas, como a família.

*[...] o que influencia em mim, em casa, é aproveitar cada momento que eu tenho, de poder me deitar no chão para as gurias brincarem, ou da gente ir na pracinha, dar risada, se sujar de areia... é quando estar com elas é estar com elas [...] e não ficar me apegando a coisas até materiais [...] coisas que são bobas, que a gente vê que um sapato não quer dizer nada, uma roupa nova [...] então, essas coisas assim, que nesses momentos que a criança vai a óbito ou o adulto vai a óbito é repensar a minha vida, de alguma forma alguma coisa vai mudar em mim... naquele momento ali vai fazer eu ter outro olhar sobre a minha vida... T3/GF2*

*Eu acho que a gente passa a ser mais dedicada, mais cuidadosa com os filhos, a gente passa realmente a ter outro olhar assim... passa a não se importar com bobagens mesmo [...] a gente dá mais valor a vida, a presença, estar no dia-a-dia, conviver, conversar, do que ficar se preocupando com bobagens [...] eu acho que isso é um aprendizado mesmo que a hemato traz para a gente... T13/GF2*

Já a terceira subcategoria temática consiste em “**Distanciar-se do convívio com a criança**”, estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores no intuito de tentar não se apegar muito às crianças, como forma de não sofrer tanto na hora da morte, pois notam que quanto maior o vínculo e a afinidade com a criança, maior será o sentimento de perda e pesar.

*Eu não sei se eu sou fria demais, mas para mim já não me abala mais... já me abalei bastante porque eu me apegava muito às crianças, mas eu aprendi que isso não pode [...] então, sem se apegar muito nas crianças a gente sofre, sofre junto com os pais na hora, mas passou, passou [...] a gente sofre, mas aprende a lidar de uma forma diferente... T14/GF4*

*[...] eu tentei muito me proteger para não sofrer, às vezes, nem queria atender ele [criança em cuidado paliativo] assim para não me envolver [...] T3/GF2*

O vínculo que a equipe de enfermagem cria com o paciente é apontado como negativo para o trabalhador, à medida que ele se envolve de forma a tomar para si as dores dos pacientes e familiares, o que afeta sua vida. Portanto, como método de enfrentamento das situações difíceis, grande parte dos trabalhadores se afasta dos pacientes, a fim de não se envolver (MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Tangenciando esse enfoque, estudo com trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica oncológica apontou que devido à dificuldade em lidar com a morte, são utilizadas estratégias de enfrentamento para atuar junto às crianças em processo de morrer, sendo que algumas depoentes preferem se envolver, tratar a criança com carinho,

telefonar para o hospital para saber se a criança está bem e até permitir que a criança faça parte de sua vida. Todavia, outras preferem evitar este envolvimento, separar o profissional do emocional, cuidar apenas de quem tem chance e deixar de cuidar de quem está morrendo. Assim, relatam que o emocional deve ficar fora do hospital e agir com profissionalismo, evitando o envolvimento com a criança (CARMO, 2010).

Corroborando, outro estudo com enfermeiros de uma UTI também aborda o afastamento do paciente e do familiar deste como estratégia para se defender ou amenizar o sofrimento, conforme percebem que o mesmo está em situação de morte iminente, isto é, quando suas chances são pequenas ou já não existe mais esperança de sobrevivência, sendo a morte tida como certa (MARTINS; ROBAZZI, 2012).

No entanto, mesmo com a utilização dessas estratégias, os trabalhadores percebem ainda a necessidade de um suporte especializado, tal como um apoio psicológico ou terapias em grupo, pois referem que cada um vai lidando de uma forma com a questão da morte, principalmente por meio de estratégias defensivas individuais e que seria importante dividir e conversar sobre isso. Isso porque, muitas vezes, como compartilham os mesmos sofrimentos e angústias, seria mais eficaz se tivessem uma estratégia defensiva coletiva consolidada frente ao sofrimento gerado pela morte.

*Eu acho que teria que ter um apoio psicológico para nós profissionais, para a gente ter momentos de discussão, de sentar para conversar, falar sobre as nossas frustrações, nossos medos, até como que foi aquele óbito para mim, o que me tocou, porque a gente é ser humano e a gente trás toda a carga de sentimento que a gente tem da nossa história também, da nossa casa e leva daqui para lá e a gente não tem nenhum momento desses para dividir, para compartilhar, para chorar junto, para se abraçar e aí a gente vai interiorizando isso e eu vou tentando digerir da forma como eu consigo e até escondo meus sentimentos [...] então a gente vai escondendo, engolindo, fugindo [...] eu acho que seria muito bom se a gente pudesse fazer terapias de grupo [...] a gente pudesse dividir para poder se refazer e seguir em frente e não ter tantos adoecimentos no trabalho que nem a gente tem, tanto a parte física e a parte psicológica mesmo [...] a gente teria que ter um suporte especializado [...] eu acho que seria bem interessante [...] T3/GF2*

Essa fala também é apontada em outra pesquisa com trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com câncer, abordando que o ideal seria que, do mesmo modo que as crianças e suas famílias, os trabalhadores também recebessem apoio psicológico, pois precisam estar bem preparados e emocionalmente fortes para trabalhar (MUTTI; PADOIN; PAULA, 2012). Assim, é destacada a importância do cuidado também aos trabalhadores de saúde como uma medida essencial para a prevenção da saúde mental dos mesmos (ALVES, 2012).

Após a explanação dos resultados acima, nota-se que não existem estratégias defensivas consolidadas no grupo pesquisado, pois muitos trabalhadores, frente às colocações dos demais, percebem que necessitam e gostariam de pôr em prática certas estratégias, que até se encontram em planejamento, mas sempre as deixam em segundo plano, por falta de tempo ou porque acreditam que surge algo mais importante para o momento.

Assim, alguns referiram sentir falta de se dedicarem mais a si mesmos, fazer atividades que gostem como cursos ou investir em uma atividade física pensando na própria saúde. Ainda, buscar mais a espiritualidade e momentos de encontro com amigos de fora do trabalho, pois têm consciência de que isso os ajudaria a amenizar seus sofrimentos e a ter mais prazer.

Desse modo, este estudo possibilitou apontar inúmeras estratégias defensivas empregadas frente ao sofrimento no trabalho da enfermagem em oncologia pediátrica, relacionadas a este contexto específico, sendo a maioria individual, mas algumas coletivas. Por ser uma profissão essencialmente feminina também é possível abordar a diferença observada no emprego das estratégias defensivas entre os gêneros. Na enfermagem, funcionam estratégias coletivas de defesa específicas, distintas de outras estratégias coletivas de defesa já conhecidas na psicologia do trabalho, as quais se associam à virilidade (DEJOURS, 2006). Isso se deve ao fato de que

entre as enfermeiras, existe conhecimento primordial do real. A estratégia defensiva consiste em cercar esse real, ao passo que nas estratégias coletivas de defesa de cunho viril o real e seu corolário – a experiência do fracasso – são objeto de uma negação coletiva e de uma racionalização (DEJOURS, 2006, p. 102).

Por fim, ressalta-se que realmente só foram pontuadas estratégias defensivas pelos participantes da pesquisa e não de mobilização subjetiva, pois mesmo sendo necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento (DEJOURS, 2006) e de ajudarem o trabalhador a manter-se no seu trabalho, não promovem mudanças na organização do trabalho nos aspectos que agravam o sofrimento (MORAES, 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta dissertação foi possível conhecer a dinâmica de trabalho na qual estão inseridos os trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica, suas vivências de prazer e de sofrimento, assim como identificar as estratégias defensivas utilizadas de forma coletiva e/ou individual frente ao sofrimento no trabalho, o que atendeu aos objetivos iniciais propostos pela pesquisa.

Quanto à dinâmica de trabalho foram destacadas as singularidades do trabalho com a criança e da equipe de enfermagem que atua nessa especialidade, assim como a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito presente no cotidiano laboral dos cenários investigados. Em relação às vivências de prazer e sofrimento, mostraram-se geradores de prazer aspectos relacionados ao cuidado da criança; o reconhecimento do trabalho; o relacionamento interpessoal e equipe de enfermagem e sentir-se bem no ambiente laboral. Quanto ao sofrimento no trabalho também foi abordada a assistência à criança; o convívio com os familiares/acompanhantes desta e questões referentes à organização do trabalho.

Pode-se dizer que as estratégias defensivas apontadas pelos trabalhadores foram: a fuga; pensar na criança além da doença e aprender para ajudar, utilizadas frente ao sofrimento gerado no início da assistência. Vale acrescentar as estratégias defensivas gerais como separar a vida social/pessoal da vida do trabalho/profissional; conversar; impor-se limites e dedicar-se a si mesmo; cultivar a espiritualidade/religiosidade, entre outras e as estratégias defensivas específicas frente às recidivas, manejo paliativo e morte, isto é, o conformismo, aprender a conviver e desenvolver um novo olhar a partir da morte e distanciar-se do convívio com as crianças, sendo a maioria delas de cunho individual.

Desse modo, foi possível perceber que o cotidiano laboral desses trabalhadores é permeado tanto por vivências de prazer quanto de sofrimento, pois as mesmas circunstâncias que causam prazer também podem ser geradoras de sofrimento, dependendo da situação, tal como a assistência à criança, o reconhecimento e o relacionamento interpessoal. Portanto, a especialidade da oncologia pediátrica não é uma via de mão única, porque apesar de abarcar inúmeras questões geradoras de sofrimento, muitas dessas relacionadas mais com a organização do trabalho do que com a assistência à criança com câncer em si, também é capaz de suscitar sentimentos de prazer, os quais se sobressaem conforme abordam as falas dos participantes e os motivam e faz seguirem neste trabalho.

Quanto ao percurso metodológico, a escolha pela observação simples e pelo GF se mostrou conveniente para atender ao objeto de pesquisa, sendo técnicas complementares. Contudo, convém destacar algumas facilidades e dificuldades encontradas.

Pode-se constatar que na observação, como facilidades, ajudou o fato de já conhecer previamente os cenários de pesquisa, suas rotinas, a maioria dos trabalhadores e alguns pacientes, sendo que a equipe se mostrou colaborativa e à vontade devido a essa proximidade já existente. Entretanto, ela também se revelou como uma dificuldade, pois o suposto conhecimento prévio do campo exigiu maior atenção e um novo olhar por parte da mestrandia, no intuito de ultrapassar a superficialidade já conhecida e não se deixar enganar pelo óbvio ou por suas vivências pessoais anteriores.

Ainda, neste sentido, outro aspecto que também constituiu uma dificuldade foi não interferir e ajudar nos procedimentos que aconteciam na unidade, principalmente nos momentos de maior agitação, fato que aconteceu em algumas ocasiões. Contudo, apesar dessas dificuldades, as observações proporcionaram uma ambientação ao campo e o estabelecimento de vínculos com os trabalhadores de enfermagem, o que facilitou a adesão dos mesmos ao GF.

Quanto ao GF, ele oportunizou que os trabalhadores refletissem sobre seu cotidiano de trabalho e consistiu num momento prazeroso, tanto para a pesquisadora quanto para os participantes. Além disso, mostrou-se uma técnica rica para abordar a temática prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho da enfermagem, uma vez que valorizou as experiências de cada participante, ao dar voz ao mesmo e também permitiu a interação grupal, o diálogo e a troca de vivências, o que contribuiu diretamente para o alcance dos objetivos da pesquisa.

Essa técnica apresentou algumas potencialidades na pesquisa qualitativa, isto é, pontos positivos do seu emprego, porém também algumas fragilidades que exigiram planejamento, flexibilidade e criatividade do pesquisador, as quais são apontadas a seguir, a partir da experiência deste estudo. Como potencialidades destacaram-se:

- é uma construção grupal, pois se percebe que a fala de um participante estimula a fala do outro, visto que ao ouvir os depoimentos dos demais, os trabalhadores relembram e refletem sobre suas vivências e sentem a necessidade de compartilhá-las como o grupo;

- possibilita o surgimento de uma grande gama de dados, assim como o aprofundamento de assuntos específicos, conforme a necessidade da pesquisa e o tamanho do grupo de participantes;

- a validação dos dados é uma forma de garantir maior rigor na pesquisa, assim como já possibilita aos participantes terem uma ideia do que vem sendo produzido pelas discussões, como uma prévia do retorno da pesquisa;

- o auxílio dos assistentes de pesquisa também potencializa esse aspecto, no intuito de que nenhuma informação importante seja perdida, além de poder contribuir na condução do grupo em determinados momentos, pois a observação realizada por eles é do tipo participativa;

- a utilização de dinâmicas mobiliza o grupo e promove maior interação, distração e bem estar no grupo, e o ideal é que estas sejam empregadas com um objetivo, a fim de estimular a discussão e a reflexão. Nesse sentido, essa técnica alia a pesquisa e criatividade do pesquisador;

- é um espaço prazeroso de diálogo, principalmente quando a temática discutida é de interesse e da prática dos participantes, o que os instiga a falarem, pois comumente no cotidiano não há essa oportunidade. E todo o preparo para a realização do grupo, desde o convite, o *coffee break* e o oferecimento de mensagens de agradecimento são cuidados que demonstram o envolvimento do pesquisador e estimulam a participação;

- além de contribuir para a pesquisa propriamente dita, também oportuniza que os participantes se conheçam melhor, estreitando laços e que levem as reflexões geradas para sua vida cotidiana, podendo modificar a forma de pensar e agir em determinadas situações, sendo este um benefício indireto.

Como fragilidades apontam-se:

- não ter como saber ao certo quantos participantes comparecerão à sessão, pois mesmo que alguns confirmem sua participação, podem acontecer imprevistos, o que angustia o pesquisador;

- alguns participantes falam mais que outros, podendo fugir da temática proposta ou interromper as falas dos demais, o que exige do pesquisador uma boa condução do grupo; do mesmo modo, que alguns participantes falam pouco, sendo necessário maior estímulo para a discussão. Também, muitas vezes, ocorrem conversas paralelas, que atrapalham a discussão principal e a posterior transcrição das falas;

- podem ocorrer divergências entre as opiniões dos participantes, sendo que alguns podem ficar incomodados com esta situação, mesmo quando salientado que no GF não se buscam consensos e que não há certo ou errado;

- a escolha do local é muito importante, preferencialmente fora do ambiente de trabalho, pois se percebeu que no local anexo a unidade houve mais interrupções durante a

sessão, por pacientes e familiares que queriam entrar na sala. No entanto, foi a estratégia que oportunizou uma maior adesão dos trabalhadores deste setor;

- percebeu-se também que os participantes que estavam na escala de trabalho, por vezes, se ausentaram do GF para olhar a unidade ou saíram antes do término, o que pode interromper ou fragilizar a discussão em andamento;

- também é necessário que o próprio pesquisador lide com a sua ansiedade, tendo sensibilidade de saber o momento de introduzir novas perguntas, aprofundar o assunto em debate ou permanecer em silêncio; Assim como precisa controlar sua postura não verbal, o que é difícil em alguns momentos, principalmente se o pesquisador trabalha na área pesquisada e conhece os participantes.

Por fim, mesmo com certas fragilidades, ressalta-se que as sessões de GF foram avaliadas de forma positiva pelos participantes da pesquisa, pois referiram que elas contribuíram para a integração entre os setores pesquisados, possibilitando conversarem e dividirem sobre questões em comum e também peculiares de cada realidade, algo que não conseguem fazer no cotidiano de trabalho.

Em relação à análise dos dados, a escolha pela análise de conteúdo temática se mostrou uma técnica capaz de desvelar o sentido e os significados das falas trazidas pelos trabalhadores, com o devido rigor metodológico exigido para as pesquisas qualitativas. Porém, foi considerada pela mestranda como uma das fases mais difíceis, uma vez que os referenciais teóricos trazem “o que fazer”, isto é, as fases de execução, mas não “o como fazer”, o que exige do pesquisador total imersão nos dados, criatividade e um constante “ir e vir” em busca de respostas para suas questões de pesquisa.

Nesse enfoque, apontam-se possíveis contribuições do estudo no ensino, na pesquisa e na extensão. No ensino sugere-se atentar para a formação desses trabalhadores, principalmente no que se refere à especialidade da oncologia, no intuito de que estejam mais preparados e seguros ao ingressar nesta, o que poderá minimizar o sofrimento inicial evidenciado. Na pesquisa propõe-se a ampliação do estudo da temática, uma vez que a maioria das produções encontradas na literatura abordam outras profissões e, quando na enfermagem, são em outros cenários fora da oncologia ou com outros referenciais. Na extensão sugere-se pensar em espaços específicos de acompanhamento desses trabalhadores, como trazido nas falas dos próprios participantes, para que possam continuar a refletir e partilhar as suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, assim como fortalecer estratégias defensivas coletivas.

Desse modo, os resultados e análises deste estudo podem servir de subsídios para a



proposição de ações interventivas no intuito de prevenir possíveis agravos à saúde destes trabalhadores, tendo em vista que, conforme o referencial da Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento pode tornar-se patogênico. Assim, sugere-se buscar meios de modificar as situações evidenciadas como geradoras de sofrimento, potenciais de risco de adoecimento relacionado ao trabalho, assim como potencializar as situações geradoras de prazer, a partir da reflexão constante do grupo de trabalhadores.

Para tanto, sugerem-se algumas iniciativas que possam contribuir nessa perspectiva, tais como: maior atenção por parte da instituição às questões subjetivas da Saúde do Trabalhador; instauração de espaços formais de diálogo entre os trabalhadores de ambas as unidades, não somente da enfermagem, mas da equipe multidisciplinar citada neste estudo, para que possam discutir e pactuar condutas. Também a participação mais efetiva de psicólogos da instituição dentro destes setores para ouvir os trabalhadores, principalmente em situações mais angustiantes como o acompanhamento do processo de morrer e morte; iniciativas por parte dos níveis superiores que demonstrem um maior reconhecimento e preocupação com os trabalhadores, como momentos de confraternização e investimento em cursos de qualificação; maior vinculação entre serviço e academia para discussão e intervenção nas questões elucidadas por esta dissertação.

Salienta-se, ainda, como relevância deste estudo, que ao atentar a essas questões relativas à Saúde do Trabalhador, beneficia-se o paciente assistido por eles, uma vez que um trabalhador satisfeito, que sente prazer em seu trabalho, é capaz de ofertar uma assistência mais comprometida, de qualidade e humanizada, tal como é esperada nos preceitos do Sistema Único de Saúde. Bem como o trabalhador também tem o direito de ser tratado de forma humanizada e ter preservada sua saúde nos ambientes de trabalho.

Como limitações do estudo destaca-se a realização em um único cenário, isto é, em um hospital universitário público, sendo pertinente a proposta de expansão para outras realidades tais como instituições privadas e de outras regiões, a fim de comparar, corroborar ou contradizer os achados, para maior aprofundamento na temática. Além disso, a presente pesquisa teve caráter descritivo, portanto sugere-se como implicação para pesquisas futuras a utilização de metodologias intervencionistas, tais como a Pesquisa Ação, norteadas pelos resultados aqui explanados.

Nessa perspectiva, o interesse por este estudo não se esgota na efetivação de um trabalho científico, mas também na construção de um corpo de conhecimentos que auxilie na sensibilização quanto à temática em âmbito acadêmico e institucional, no intuito de melhorar as condições de trabalho e minimizar riscos de adoecimentos.

Diante disso, no que diz respeito à pesquisadora, aponta-se que a realização do mesmo, possibilitou um grande crescimento profissional, acadêmico e pessoal diante dos desafios enfrentados neste percurso. Destaca-se ainda que foram vivenciados momentos de sofrimento e angústia, mas também de prazer e satisfação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. C. P. **Vivências de profissionais de saúde na assistência a crianças e adolescentes com câncer: um estudo fenomenológico.** 2012. 207 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

AMADOR, D. D. et al. A vivência do cuidado em oncologia pediátrica e a busca pela produção do conhecimento. **Rev. Enf. UFPE** [online], v.4, n.2, p. 219-225, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/851>>. Acesso em: 05 out. 2010.

AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n.1, p. 94-101, jan./mar. 2011.

ANJOS, F. B. Organização do trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba: Juruá, 2013, p. 267-273.

ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 131-150.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, jan./jun. 2004.

AVANCI, B. S. et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 708-16, out./dez., 2009.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Trabalho, cotidiano e o profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2008.

BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D. C. de. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 251-254, 2011.

BARROS, A. de S. Cuidados de enfermagem em radioterapia pediátrica. In: MALAGUTTI,

W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 47-52.

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

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Maria Tereza Leopardi; autores convidados: Carmem Lúcia Colomé Beck, Elisabeta Albertina Nietsche, Rosa Maria Bracini Gonzales. – 2. ed. rev. e atual. – Florianópolis: UFSC/ Pós- Graduação em Enfermagem, 2002a, p. 163-182.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**/ Maria Tereza Leopardi; autores convidados: Carmem Lúcia Colomé Beck, Elisabeta Albertina Nietsche, Rosa Maria Bracini Gonzales. – 2. ed. rev. e atual. – Florianópolis: UFSC/ Pós- Graduação em Enfermagem, 2002b, p. 223-244.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. 2001. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BITTENCOURT, A. R. **As representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto\\_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202009/A%20RESILI%20CAN%C3%87IA%20NO%20GERENCIAMENTO%20DE%20ENFERMAGEM%20EM%20ONCOLOGIA-fi.pdf](http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202009/A%20RESILI%20CAN%C3%87IA%20NO%20GERENCIAMENTO%20DE%20ENFERMAGEM%20EM%20ONCOLOGIA-fi.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

BONASSA, E. M. A. Agentes Biológicos. In: BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 217-237.

BONASSA, E. M. A. et al. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. (Editoras). **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 1-16.

BONASSA, E. M. A.; MANCUSI, F. C. M. Transplante de medula óssea e de células-tronco hematopoéticas. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. (Editoras). **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 489-517.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.conselhosaude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008, 608 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_enfermagem\\_controle\\_cancer.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 118 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRUNETTO, A. L.; JUNIOR, C. G. C.; GREGIANIN, L. J. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 185-205.

CARMO, S. A. **A Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Perspectivas para a Enfermagem Pediátrica**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008.

CARVALHO, M. B. de; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem**; v. 14, n. 1, p. 61-9, jan./fev., 2006.

CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar.** 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CAZAROLLI, E. **Trabalhadores de Saúde do Serviço de Oncologia: Prazer, Sofrimento e Estratégias Defensivas.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

CHEN, M. J. Benefícios da radioterapia em tumores pediátricos. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional.** São Paulo: Martinari, 2011, p 159-168.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 210/1998.** Dispõe sobre a atuação da equipe de Enfermagem nos serviços de quimioterapia antineoplásica. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998\\_4257.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2101998_4257.html)>. Acesso em: 20 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 257/2001.** Acrescenta dispositivo ao Regulamento aprovado pela Resolução COFEN Nº 210/98, facultando ao Enfermeiro o preparo de drogas Quimioterápica Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2572001\\_4295.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2572001_4295.html)>. Acesso em: 20 set. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Análise de dados das inscrições dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>>. Acesso em: 20 set. 2013.

COSTA, C. H. F. et al. Ambulatório na rede de atenção oncológica e as implicações para a prática de enfermagem. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. (Org.). **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas.** 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, p. 293-303.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan./fev. 2009.

COSTA, S. H. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.**

Curitiba: Juruá, p. 467-471, 2013.

COUTO, E. N. S. **A comunicação nas redes sociais: análise do ensino superior público português.** 2011. Dissertação (Mestrado em Relações Públicas) - Universidade Da Beira Interior, Covilhã, 2011.

DALL' AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **R. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n.1, p. 60-65, 2009.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997, 96 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5. ed. Ampliada- São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**/Christophe Dejours; tradução Maria Irene Stocco Betiol, Maria José Tonelli – 5 ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, 104 p.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**/tradução de Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, 160 p.

\_\_\_\_\_. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011a, p. 21-32.

\_\_\_\_\_. Addendum – Da psicologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b, p. 57-123.

\_\_\_\_\_. Alienação e clínica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011c, p. 255-339.

\_\_\_\_\_. Uma resposta durante o seminário “Sofrimento e prazer no trabalho”. In:

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011d, p. 185-192.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene StoccoBetioli. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011, p. 119-145.

DIEGUES, S. R. S.; PIRES, A. M. T. Radioterapia. In: BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. (Editoras). **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 519-530.

FERRAZ, F. Alienação e sublimação no trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. (Org.). **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 139-148.

FERREIRA, J. B. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013, p. 343-350.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n.4, p. 446-455, 2003.

FONTANA, R. T.; BRIGO, L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. **Esc Anna Nery** (impr.); v. 16, n. 1, p. 128-133, jan./mar. 2011.

FONSECA, A. L.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 91-97, jan./abr. 2006.

FREITAS, P. H. **Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros no trabalho em Estratégia Saúde da Família**. 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

GADELHA, M.I.P.; COSTA, M.R.; ALMEIDA, R.T. Estadiamento de tumores malignos-análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 193-199, 2005.

GARCIA, A. B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-159,



jun. 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011, p. 61-70.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

GODRI, D. Vídeo de auto motivação “Mantendo sempre cheio o seu balão”. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=WHIYkOU8Ik>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

GOMES, L. et al. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 137-156, 2011.

GONÇALVES, S. Terapia com anticorpos monoclonais: benefícios na criança oncológica. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, p 97-102, 2011.

GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 2. Ed. São Paulo: BBS Editora, 2006, 1372 p.

JEONG, D. J. Y.; KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segundo a percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 655-661, dez. 2010.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho (Apresentação). In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 31-43.

LIMA, S. C. C. Reconhecimento no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 351-355.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, n. 24, p.105-125, jan./jun. 2005.

MACHADO, A. G.; MERLO, A. R. C. Cuidadores: seus amores e suas dores. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 444-452, 2008.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MACHADO, R. R. **A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MAIA, N. D. O. **Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor público e privado**. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração e Gestão Pública) - Universidade de Aveiro, Portugal, 2012.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 1, p. 33-39, 2009.

MARANHÃO, T. A. et al. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 106-109, 2011.

MARQUES, A. C. L. **Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do Distrito Federal**. 2010. 26 f. Monografia (Especialização em Psicodinâmica do Trabalho) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MARTELLA et al. Fundamentos da radioterapia. In: GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 2. Ed. São Paulo: BBS Editora, p. 101-113, 2006.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 472-478, jul./set. 2006.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: reflexão na ótica dejouriana. **Cienc Cuid Saude**, v.11, p. 39-46, 2012.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 13-18, abr./jun. 2010.

MAZZA, V. de A do; MELO, N. S. F. de O; CHIESA, A. M. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 183-188, 2009.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, Itatiba/SP, v.6, n.1, p.39-46, jan./jun. 2001.

MENDES, A. M. B.; VIEIRA, A. P.; MORRONE, C. F. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de teleatendimento. **RECADM**, Campo Largo/PR, v. 8, n. 2, p. 151-158, nov. 2009.

MENDES, A. M.; MULLER, T. C. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 289-292, 2013.

MENDONÇA, H.; MENDES, A. M. Percepção de justiça e saúde mental no trabalho. **Anais do 1º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho**. Mai. 2004, Goiânia - Goiás – Brasil. Disponível em: <[www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude\\_mental/anais/artigos.htm](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

MERCÊS, N. N. A.; ERDMANN, A. L. O cuidado complexo e o transplante de células-tronco hematopoéticas. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. (Org.). **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas**. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, p.409-427.

MERLO, A. R. C.; BARBARINI, N. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 14, n.1, p. 103-122, jan./jun. 2002.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Universidade Federal de Santa Maria. **Resolução n. 015/2002**. Regulamenta a concessão de afastamento de servidores docentes e técnico-administrativos da UFSM para realização de ações de capacitação, de acordo com a legislação vigente e revoga a Resolução n. 004/2000. Disponível em: <[http://coral.ufsm.br/progep/arquivos/documentos\\_resolucao\\_015\\_2002.pdf](http://coral.ufsm.br/progep/arquivos/documentos_resolucao_015_2002.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

MORAES, R. D. Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. (Org.). **O sujeito no trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013. p. 175-186.

MOREIRA, A. O.; SOUSA, H. A.; RIBEIRO J. A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 102-111, jan./abr. 2013.

MUTTI, C. F.; PAULA, C. C.; SOUTO, M. D. Assistência à Saúde da Criança com Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.1, p. 71-83, 2010.

MUTTI, C. F. et al. Cuidado de enfermagem à criança que tem doença oncológica avançada: ser-com no cotidiano assistencial. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 1, p. 113-120, jan./mar. 2012.

MUTTI, C. F.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Espacialidade do ser-profissional-de-enfermagem no mundo do cuidado à criança que tem câncer. **Esc Anna Nery** (impr.); v. 16, n. 3, p. 493-499, jul./set. 2012.

NASCIMENTO, L. C. et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros.

**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, T. et al. A criança com câncer no hospital. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. (Org.). **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas**. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, p.269-291.

ORNELLAS, T.C.F.; MONTEIRO, M.I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, jul./ago. 2006.

OSORIO, C. et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 83-107.

PAGLIARI, J. et al. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 63-76, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

PARO, D.; PARO, J.; FERREIRA, M. D. L. O Enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 3, p. 151-157, jul./set. 2005. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-12-3/06%20-%20ID123.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-3/06%20-%20ID123.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.

PICHETI, J. S. E os cuidadores, quem cuida deles? In: HART, C. F. M. et al. **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre, RS: AGE, 2008, p. 43-56.

PIRES, D. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010.

PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, dez. 2010.

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. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecultura/artigos-encontro-12/Texto28.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.

REIS, R. S.; SANTOS, M. O. Atualidades na epidemiologia da oncologia pediátrica: tipos de tumores em crianças brasileiras. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 01-19.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, out./dez. 2008.

RIZZARDINI, C.; ESPINOZA, X. Urgências Oncológicas. **Revista Pediatría Electrónica** [en línea], Santiago, v. 2, n. 2, p. 25-32, 2005.

ROCHA, J. C. C.; KAGOHARA, L. T. Oncogenética e farmacogenética. In: GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 2. Ed. São Paulo: BBS Editora, 2006, p. 57-66.

ROCKEMBACH, J. V.; CASARIN, S. T.; SIQUEIRA, H. C. H. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, abr./jun. 2010.

RODRIGUES, D. B.; DUARTE, A. M. Neoplasias Onco-hematológicas infantis. In: PASSOS, P.; CRESPO, A. **Enfermagem Oncológica Antineoplásica**. 1 Ed. São Paulo: Lemar, 2011, p. 223-247.

RODRÍGUEZ, N. et al. Cuidado paliativo en oncología pediátrica. **Revista Pediatría Electrónica** [en línea], Santiago, v. 2, n. 2, p. 33-36, 2005.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SALA, A.; PARREIRA, S. M. C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimentos e afastamentos por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 151-70.

SALIMENA, A. M. O. et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 1, p. 142-147, jan./mar. 2013a.

SALIMENA, A. M. O. et al. Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 8-16, jan./abr. 2013b.

SANTO, C. C. E. et al. Memórias e representações acerca do SUS para técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 12, n. 4, p. 630-639, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a06.htm>>. Acesso em 20 set. 2013.

SANTOS, J. O. et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros

de medicação. **Acta Paul Enferm**; v. 20, n. 4, p. 483-488, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011, p.13-19.

SEVERO, T. P.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem, **REME-Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 297-302, jul./set. 2007.

SILVA, C. A. et al. O cuidado do enfermeiro à criança submetida à quimioterapia. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental** Online, v. 2, n. 2, p. 787-796, 2010.

SILVA, C. R. L. et al. Fundamentos bioéticos do cuidado de enfermagem em oncologia. In: FIGUEIREDO, N. M. A. et al. (Org.). **Enfermagem Oncológica: conceitos e práticas**. 1ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, p.269-291.

SILVA, D. S.; HAHN, G. V. Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2012.

SILVA, M. A. O trabalho feminino entre os espaços públicos e privados. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.19, n.3, p.35-48, set./dez. 2010.

SILVEIRA, R. A.; OLIVEIRA, I. C. S. O cotidiano do familiar/acompanhante junto da criança com doença oncológica durante a hospitalização. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 532-539, jul./set. 2011.

SILVINO, Z. R. et al. As estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador de enfermagem: uma revisão integral da literatura. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, v. 2, n. 3, p. 1121-1127, jul./set. 2010.

SOUSA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-47, jan./mar. 2009.

SOUZA, G. B. **Oncohematologia: manual de diluição, administração e estabilidade de medicamentos citostáticos**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 803-811, 2010.

SPODE, C. B.; MERLO, A. R. C. Trabalho Policial e Saúde Mental: uma pesquisa junto aos capitães da Polícia Militar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 362-370, 2006.

STEFFENS, A. P. Os desafios da Saúde do Trabalhador no Cotidiano da Oncologia Pediátrica. In: MALAGUTTI, W. **Oncologia pediátrica: uma abordagem multiprofissional**. São Paulo: Martinari; 2011. p. 103-112.

SZNELWAR, L. Sobre estes textos da psicodinâmica do trabalho, algumas reflexões (Introdução). In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 45-54.

TEIXEIRA, R. P. et al. A família da criança com câncer: percepções de profissionais de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 4, p. 784-791, out./dez. 2012.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho da enfermagem. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). **Hospital Universitário de Santa Maria/Histórico**. Santa Maria, 2013. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2013.



## **APÊNDICES**

## Apêndice A - Questionário de Levantamento de Dados Sócio-demográficos

INSTRUMENTO Nº: \_\_\_\_\_

1. **Idade:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino
3. **Possui filhos:** ( ) Sim ( ) Não
4. **Unidade em que trabalha atualmente:**  
( ) CTCriaC ( ) Ambulatório de Quimioterapia
5. **Nível de formação:**  
( ) Graduação em Enfermagem ( ) Curso técnico em Enfermagem  
( ) Curso Auxiliar em Enfermagem  
( ) Graduação em outra área. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Pós-graduação. Qual? \_\_\_\_\_
6. **Cargo que ocupa na instituição:**  
( ) Enfermeiro ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Auxiliar de Enfermagem
7. **Tempo de serviço na enfermagem:** \_\_\_\_\_
8. **Tempo de serviço na oncologia:** \_\_\_\_\_
9. **Tempo de serviço na instituição:** \_\_\_\_\_
10. **Tempo de serviço na unidade de oncologia (se já trabalhou em ambas, especificar o tempo em cada uma):** \_\_\_\_\_
11. **Jornada de trabalho semanal na instituição:** \_\_\_\_\_
12. **Turno de trabalho na instituição:** ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite
13. **Vínculos de trabalho com outras instituições:**  
( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não
14. **Quando realizou o seu último curso de atualização?** \_\_\_\_\_  
**Em que área?** \_\_\_\_\_
15. **Escolheu trabalhar com oncologia pediátrica?**  
( ) Sim  
( ) Não  
Por quê?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Apêndice B – Roteiro para observação**

Atentar para:

- A dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem nos setores pesquisados em cada turno;
- Manifestações dos trabalhadores de enfermagem frente a eventos como primeira internação, reinternação, tratamento, piora do quadro clínico, cuidados paliativos, morte das crianças, alta hospitalar, entre outros;
- A interação e comunicação dos trabalhadores de enfermagem com a criança, família e demais membros da equipe de saúde;
- Comunicação de situações difíceis;
- Situações que podem ser geradoras de prazer e de sofrimento no ambiente de trabalho;
- Número de atestados no setor;
- Emprego de estratégias defensivas frente ao sofrimento no trabalho.

## Apêndice C – Guia de Temas do Grupo Focal

Perguntas norteadoras das sessões de GF:

- Falem sobre seu trabalho.
- Como é trabalhar em oncologia pediátrica?
- Como chegaram até este local de trabalho? Quais foram suas primeiras impressões ao chegar?
- Como vocês se sentem neste trabalho?
- O que faz vocês se sentirem bem neste trabalho com a criança com câncer?
- O que faz vocês não se sentirem bem ao atender essas crianças?
- O que vocês fazem para aliviar isso? Individual? E como equipe?
- E depois de um dia desses onde tem angústia/estresse, como fazem ao chegar a casa?
- E no outro dia como é chegar ao trabalho e ter que lidar com outras crianças?
- O que fazem para aliviar a angústia/estresse quando alguma coisa não saiu como planejado no início do turno de trabalho e tem que seguir o restante do trabalho, o que fazem naquele momento logo depois que ocorreu essa situação (no trabalho)?
- Relacionam algum problema de saúde ao trabalho?

## Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**Projeto de Pesquisa:** “Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica”

**Pesquisadora orientanda:** Mestranda Viviani Viero

**Orientadora/ Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

**Local da Coleta de Dados:** Hospital Universitário de Santa Maria

**Telefone para contato:** (55) 3220 8029

Eu..... informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção que aceito participar da pesquisa “Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica”, que tem como objetivo geral descrever as vivências de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica.

A justificativa para a realização desta pesquisa está na intenção de conhecer mais profundamente aspectos da Psicodinâmica do Trabalho de enfermagem em serviços de hemato-oncologia.

**Benefícios:** A presente pesquisa não envolve nenhum tipo de benefício direto ao participante, entretanto a partir dos resultados obtidos neste estudo poderão ser traçadas estratégias para enfrentamento e minimização dos riscos de adoecimento no trabalho como benefício indireto, além de contribuir com novas investigações no campo científico.

**Riscos:** A pesquisa não proporcionará riscos potenciais ou reais à saúde dos participantes, mas ressalta-se que poderá causar algum tipo de desconforto ao respondente ao refletir sobre sua dinâmica de trabalho, especialmente sobre as vivências de prazer e sofrimento frente à assistência à criança com câncer. Caso isso aconteça, o participante poderá interromper sua participação e optar por retomá-la em outro momento ou não, sendo encaminhado para acompanhamento no serviço de psicologia da instituição, se assim desejar. Para tanto, pretende-se realizar um contato prévio com o serviço de psicologia para colaboração e assessoramento em tais eventos.

A coleta de dados será por meio do Grupo Focal e da observação simples. 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 nas instituições participantes.

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;
- A qualquer momento, retirar meu consentimento 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;
- Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos, respeitando os princípios da autonomia,

beneficência, não maleficiência, justiça e equidade.

- Minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Após a análise dos dados, os instrumentos ficarão de posse do pesquisador responsável por um período de cinco anos, sendo guardados no armário contido na sala 1305B, do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da UFSM. Decorrido esse tempo, serão incinerados. Entretanto, durante esse período, os dados poderão ser acessados para releituras, constituindo assim um banco de dados para pesquisas na temática.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 201\_.

---

Assinatura do informante e nº do RG

---

Viviani Viero  
Pesquisadora Orientanda

---

Carmem L. C. Beck  
Pesquisadora Orientadora

Para maiores informações:

Mestranda Viviani Viero. Tel: (55) 3220 8029; E- mail: [viviviero@hotmail.com](mailto:viviviero@hotmail.com).

Profa. Dra. Carmem L. C. Beck. Tel: (55) 3220 8263; E-mail: [carmembeck@gmail.com](mailto:carmembeck@gmail.com).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar  
– Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 3220 9362 - email:  
[comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br).

**Apêndice E – Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (TCPSD)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

**Projeto de pesquisa:** “Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica”

**Orientadora:** Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

**Autora:** Enfa. Mda. Viviani Viero

**Telefone para contato:** (055) 3220 8029

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS  
DADOS**

Os pesquisadores envolvidos na pesquisa intitulada “**Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica**” comprometem-se com as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos. Firma-se este compromisso referente à confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo dos dados obtidos com a finalidade científica e garantia de preservação da identidade das pessoas pesquisadas, quando da divulgação. As informações coletadas por meio da gravação em áudio serão mantidas no armário da sala 1305B, do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, por um período de 05 anos, sob a responsabilidade da Profa. Pesquisadora Carmem Lúcia Colomé Beck. Decorrido esse tempo, os dados serão incinerados, porém convém salientar que, durante esse período, os mesmos poderão ser acessados para releituras, constituindo assim um banco de dados para pesquisas na temática. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

---

Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria,.....de .....de 201\_.

## **ANEXOS**



## Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica

**Pesquisador:** Carmem Lúcia Colomé Beck

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11366112.5.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 209.813

**Data da Relatoria:** 01/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como objeto de estudo as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica, o qual será analisado à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. O objetivo geral é descrever as vivências de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica e como objetivos específicos conhecer a dinâmica de trabalho na qual estão inseridos e identificar as estratégias defensivas utilizadas por estes de forma coletiva e/ou individual frente ao sofrimento no trabalho. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário de coleta de dados será o Centro de Tratamento da Criança com Câncer do Hospital Universitário de Santa Maria e os sujeitos da pesquisa serão os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) desta instituição. As técnicas de coleta dos dados serão a observação e o grupo focal, pretendendo-se realizar 03 sessões com os trabalhadores, com uma média de 15 participantes por encontro. As falas dos sujeitos serão analisadas por meio da análise de conteúdo, buscando a construção de categorias temáticas representativas do fenômeno analisado e fazendo-se

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9382

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



aproximações com o referencial teórico do estudo. A pesquisa será desenvolvida no decorrer de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em

Pesquisa e espera-se que esta venha a contribuir em estudos futuros na área, bem como na melhoria dos processos de assistência ao paciente

oncológico pediátrico, ao oportunizar a ressignificação das vivências de sofrimento e a busca de prazer no trabalho pelos trabalhadores de enfermagem atuantes nessa especialidade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Descrever as vivências de prazer e de sofrimento no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

os riscos e benefícios estão de acordo com o tipo de pesquisa que será desenvolvido

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa encontra-se bem fundamentada e o delineamento proposto está adequado a questão de pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

adequados

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovar a emenda solicitada

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Av. Itália, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-6362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



SANTA MARIA, 02 de Março de 2013

---

Assinado por:  
Félix Alexandre Antunes Soares  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9382

E-mail: cep.ufsm@gmail.com