



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Priscila Francisca Almeida

**Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do
cuidado oncopaliativo**

Rio de Janeiro

2019

Priscila Francisca Almeida

**Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do
cuidado oncopaliativo**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A448 Almeida, Priscila Francisca.
Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo / Priscila Francisca Almeida. - 2019.
112 f.

Orientador: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Equipe de enfermagem. 2. Mecanismo de defesa. 3. Cuidados paliativos. 4. Saúde do trabalhador. 5. Neoplasias. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Priscila Francisca Almeida

**Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do
cuidado oncopaliativo**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, meu Pai, meu sustento e certeza que ilumina meu caminho e me dá, diariamente, sabedoria e coragem para realizar os meus sonhos. Graças a Ele e Sua misericórdia tudo foi possível. Dedico esta conquista à minha mãe por me ensinar, mesmo em meio a tantas dificuldades, a ser uma pessoa forte, digna e capaz. Obrigada mãe, por seu imenso cuidado e amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir compreender o Seu amor. Muitos foram os momentos de angústia e medo, mas Ele com seu agir cuidadoso, me conduziu. Glória a Deus, porque Ele vive!

À minha mãe, Dercília Almeida, amor incondicional. Agradeço por toda a luta, esforço e suor dedicados à minha educação. É de você que tiro forças para seguir em frente, sempre almejando o melhor para nós.

À minha querida equipe de trabalho por todo apoio, incentivo e pela compreensão dos meus momentos de ausência. Vocês são os grandes motivadores desta pesquisa e são profissionais de excelência! Agradeço também a todos os profissionais de enfermagem, participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e generosidade valiosas.

Ao meu chefe, Reginaldo Paulino da Costa, por sempre estimular e facilitar meu aperfeiçoamento profissional. Esta trajetória foi mais leve porque tive seu apoio, obrigada!

À enfermeira Graciete Saraiva Marques por seu acolhimento, imenso carinho e generosidade. Obrigada por acreditar em mim e por sempre me estimular a cursar o Mestrado. Tenho admiração por seu profissionalismo e gratidão por sua amizade.

À querida e dedicada professora Thelma Teti Toledo por todo exemplo, apoio e incentivo. Agradeço pelos valorosos conselhos durante nossos momentos de convivência na enfermaria.

Aos residentes de enfermagem da UERJ que são a razão para a minha busca por aperfeiçoamento. Obrigada a cada um de vocês pelo conhecimento compartilhado, pela confiança, palavras motivadoras e carinho ao longo dessa caminhada. Um agradecimento especial a Suélen Menezes, ex-residente e hoje amiga presente e incentivadora.

Agradeço à Enfermagem, que me proporciona sustento, dignidade e tantas oportunidades. A esta profissão meu respeito e compromisso de exercê-la sempre com responsabilidade e dedicação.

Meu agradecimento especial e carinhoso à minha orientadora, Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, pela oportunidade de ser sua orientanda e por me conduzir com tamanha delicadeza. Muito obrigada pelas grandiosas contribuições, por me corrigir sem me desmotivar e por me guiar, como um farol, na construção deste trabalho. Minha profunda admiração e respeito!

Por fim, agradeço aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira e Prof.^a Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa pela disponibilidade em participar e pelas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Trabalhar não é somente produzir, mas também transformar-se a si mesmo.

Christophe Dejours

RESUMO

ALMEIDA, Priscila Francisca. **Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo**. 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O objeto deste estudo tratou das estratégias coletivas de defesa adotadas pela equipe de enfermagem no processo de cuidar-cuidado a pacientes com doença oncológica em tratamento paliativo. Objetivos: a) identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; b) analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; e c) discutir as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número de protocolo: 2.601.416 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 81886917.7.0000.5282. Metodologia: Estudo qualitativo e descritivo cujos participantes foram 18 profissionais de enfermagem: três enfermeiros, onze técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros residentes de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu em julho de 2018 por meio da técnica de grupo focal e observação participante. O tratamento dos dados ocorreu por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo. Resultados: O procedimento de análise adotado fez emergir três categorias as quais estão descritas a seguir. 1) Configurações da organização do trabalho e a problemática da assistência ao paciente com doença oncopaliativa, em que se discutiram os aspectos estruturais, condições de conforto ao paciente, processos de comunicação em equipe, a problemática da formação profissional e seus reflexos na assistência ao paciente com doença oncopaliativa. 2) Sentimentos decorrentes do processo de cuidar-cuidado ao paciente com doença oncopaliativa, em que se analisaram os sentimentos que emergem durante a assistência ao paciente com doença oncopaliativa; e as percepções resultantes da vivência e do acompanhamento do processo de morte e morrer. 3) Estratégias defensivas adotadas para o cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa, cuja categoria discutiu as estratégias coletivas e individuais de defesa para o enfrentamento de situações relativas ao cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa. Conclusão: Os resultados evidenciaram que os cenários investigados possuem estrutura física inadequada para a prestação de cuidados paliativos, além de um processo de comunicação pouco eficaz entre os membros da equipe multidisciplinar bem como a qualificação profissional deficitária para o processo de cuidado a pacientes com doença oncopaliativa. Os profissionais vivenciam sentimento de tristeza, angústia, dor, medo e impotência quando não conseguem manter a vida do paciente, demonstrando pouca compreensão sobre o processo de morte/ morrer. Tal contexto favorece a emergência de estratégias coletivas e individuais de defesa a fim de neutralizar e/ou minimizar o sofrimento. Conhecer tais estratégias contribui para elaborar ações e medidas para salvaguardar a saúde destes trabalhadores.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Mecanismos de defesa. Estratégias defensivas. Cuidados paliativos. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

ALMEIDA, Priscila Francisca. **Collective defense strategies of the nursing team in the context of oncopalliative care.** 2019. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The object of this study dealt with the collective defense strategies adopted by the nursing team in the process of care/caring for patients with oncological disease under palliative treatment. Objectives: a) to identify the configuration of the work organization for the care of patients with oncological disease under palliative care; b) to analyze the feelings that emerge from the nursing team about the process of work directed to the patient with oncological disease under palliative care; and; c) to discuss the collective defense strategies adopted by the nursing professionals when in front of an oncological patient under palliative care. The study was approved by the Research Ethics Committee under protocol number 2,601,416 and Certificate of Presentation for Ethical Appreciation: 81886917.7.0000.5282. Methodology: Qualitative descriptive study whose participants were 18 nursing professionals 18: three nurses, 11 nursing technicians and four resident nurses of a university hospital in the State of Rio de Janeiro. The data were collected in July 2018 through focal group and participant observation. The data treatment occurred by means of the thematic content analysis technique. Results: The adopted analysis procedure brought out three categories as described hereinafter: 1) Work organization configurations and the problem of assistance to the patient with oncopalliative disease, which discussed the structural aspects, patient's comfort conditions, team communication processes, the problem of professional training and its reflexes in the assistance to oncopalliative patients. 2) Feelings arising from the process of care/caring for the patient with oncopalliative disease, which analyzed the feelings that emerge during assistance to the patient with oncopalliative disease; and the perceptions from experiencing and accompanying the process of death and dying. 3) Defensive strategies adopted for the care of patients with oncopalliative disease, which discussed the collective and individual defense strategies used to cope with situations related to the care of patients with oncopalliative disease. Conclusion: The results showed that the investigated scenarios have inadequate physical structure for the provision of palliative care, an ineffective communication process among the multidisciplinary team members, as well as deficient training regarding the care of patients with oncopalliative disease. The professionals experience feelings of sadness, anguish, pain, fear and impotence when they fail to maintain the patient's life, showing little comprehension about the process of death/dying. Such context favors the emergence of collective and individual defense strategies in order to neutralize and/or minimize the suffering. Knowing these strategies contribute to the development of actions and measures to safeguard the health of these workers.

Keywords: Nursing team. Defense mechanisms. Defensive strategies. Palliative care. Worker's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção do estudo.....	23
Quadro 1 – Artigos selecionados para revisão integrativa.....	24
Quadro 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a formação acadêmica e função exercida no campo de pesquisa.....	51
Quadro 3 – Unidades de registro.....	99
Quadro 4 – Quantificação de URs por tema.....	108
Quadro 5 – Caracterização dos temas e categorias.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
MP3	<i>Multimídia Player 3</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBGG	Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
1.1	Psicodinâmica do trabalho: disciplina, teoria e método.....	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	32
2.1	Trabalho e enfermagem.....	32
2.2	A pessoa com doença oncológica e suas necessidades biopsicossociais.....	35
2.3	Cuidado paliativo e suas repercussões para subjetividade do trabalhador.....	37
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	Caracterização do estudo.....	40
3.2	Cenário da pesquisa.....	40
3.3	Participantes.....	41
3.4	Coleta de dados.....	42
3.5	Método de análise.....	46
3.6	Procedimentos éticos.....	48
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	50
4.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	50
4.2	Categoria 1: Configurações da organização do trabalho e a problemática da assistência ao paciente com doença oncopaliativa.....	51
4.3	Categoria 2: Sentimentos decorrentes do processo de cuidar/cuidado ao paciente com doença oncopaliativa.....	59
4.4	Categoria 3: Estratégias defensivas adotadas para o cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa.....	68
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICE A – Instrumento de captação de dados.....	93
	APÊNDICE B – Diário de campo.....	94
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
	APÊNDICE D – Carta de Anuência para chefia de enfermagem.....	96
	APÊNDICE E – Carta de Anuência para chefia de clínicas cirúrgicas.....	97
	APÊNDICE F – Quadro das unidades de registro.....	98

APÊNDICE G – Quadro da quantificação de unidades de registro por tema.....	107
APÊNDICE H – Quadro de caracterização dos temas e categorias.....	109
ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	110

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto e sua contextualização

O trabalho é considerado um dos valores fundamentais do ser humano, pois exerce papel central na constituição da autorrealização, subjetividade e sociabilidade, bem como contribui na formação de identidade social além de prover renda e sustento, proporcionando alcance de metas e propósitos de vida (NEVES et al., 2018).

A multiplicidade de sentidos do trabalho reflete diretamente no bem estar psíquico e social, uma vez que engloba as condições objetivas e subjetivas exercidas pelo trabalhador de acordo com a relevância e o significado que o trabalho adquire em sua vida. Porém, é sabido que a atividade laboral pode gerar riscos que estão, em grande parte, relacionados à configuração da organização do trabalho, a qual envolve a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, as modalidades de comando, as relações hierárquicas e de poder e as repartições de responsabilidades (SÁ et al., 2012; DEJOURS, 2015).

A organização do trabalho exerce uma ação particular sobre a pessoa trabalhadora, em especial, no aparelho psíquico. Tal organização pode gerar sobrecarga psicofísica devido à intensa exigência de doação ao trabalho, conflitos nas relações profissionais, riscos psicossociais por vulnerabilidade do trabalhador diante do sofrimento imposto pela tarefa laboral, problemas de infraestrutura, desqualificação profissional e defasagem entre o trabalho prescrito e o real (DEJOURS, 2015).

A tarefa que é imposta direta ou indiretamente pela organização aos trabalhadores é denominada trabalho prescrito. Já a atividade real da tarefa é a própria execução do trabalho e como ele se realiza concretamente. É nesta lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivamente realizado que se constrói a realidade da atividade humana nos ambientes laborais (PEREIRA; MENDES; MORAES, 2017). O distanciamento do que é prescrito com o que é real pode desencadear sofrimento psíquico levando o trabalhador a engendrar estratégias de ação para mediar contradições encontradas na organização do trabalho (MENDES, 2007).

A reflexão sobre tais situações e conceitos bem como a experiência vivida como enfermeira chefe de unidades de internação cirúrgicas, fez emergir o objeto deste estudo, caracterizado como: as estratégias coletivas de defesa adotadas pela equipe de enfermagem no processo de cuidar-cuidado a pacientes com doença oncológica em tratamento paliativo.

De acordo com Dejours (2011), as estratégias coletivas de defesa consistem na construção de modos de agir pelos trabalhadores no enfrentamento das adversidades do ambiente de trabalho como uma tentativa de mitigarem o sofrimento decorrente de situações conflitantes advindas das atividades laborais. De outro modo, os mecanismos individuais de defesa são táticas e ações gestadas pelo trabalhador, considerando sua peculiaridade e sua história de vida, as quais estão interiorizadas e operam mesmo sem a presença do coletivo profissional.

As estratégias coletivas de defesa podem ser pensadas tanto como fatores de alienação, por não atuarem na modificação da realidade que faz sofrer e, conseqüentemente, mantêm inalterada uma realidade laboral hostil, quanto podem ser pensadas como aquelas que desempenham um papel considerável para a manutenção da saúde, por minimizarem a percepção que o trabalhador tem do sofrimento (MENDES, 2007).

No entanto, ainda há o caso em que alguns trabalhadores não aderem a tais estratégias, e se sentem excluídos ou estranhos ao processo coletivo de aderência a elas. Nesta particularidade, há um alto potencial para o sofrimento e para o adoecimento psíquico (DEJOURS, 2015).

Ainda neste âmbito, Dejours diferencia sofrimento criativo e sofrimento patogênico, em que o primeiro se constitui na elaboração de artimanhas engenhosas que, em geral, favorecem a saúde do sujeito e a produção, trazendo soluções para aquilo que era inicialmente um problema e/ou uma percepção de angústia e preocupação. Com isso, o autor argumenta que não se deve negar o sofrimento, pois ele é inevitável no contexto do trabalho, em especial o sofrimento criativo, que possibilita a transformação desse estado em criatividade, contribuindo para a resistência do sujeito à desestabilização. Já o sofrimento patogênico ocorre quando o trabalhador lançou mão de táticas, mecanismos e ações para a transformação de uma determinada situação angustiante e aflitiva, e não obteve sucesso. Ou seja, quando todas as tentativas possíveis ao sujeito foram investidas e a percepção do sofrimento não diminui e, sim, cresce ao ponto de o trabalhador esmorecer, esgotar sua energia psicossomática e até adoecer (DEJOURS, 2015).

Assim, verifica-se que as estratégias coletivas de defesa têm um papel dialético na manutenção da saúde do trabalhador e no desenvolvimento do trabalho, pois tanto podem preservar a saúde quanto levar ao adoecimento. Além disso, corre-se o risco de, por meio da alienação, não modificar uma organização laboral que carece de melhoramentos, dificultando inclusive a qualidade do serviço ofertado. Neste sentido, justifica-se aprofundar as pesquisas

sobre tais estratégias entendendo seu processo de formação e de utilização pelo coletivo profissional.

Existem muitas estratégias que os coletivos profissionais adotam para mitigar o sofrimento no trabalho. Citam-se, por exemplo, algumas táticas adotadas pelos trabalhadores hospitalares para lidarem com o processo de morte e morrer, as quais foram descritas no livro “Hospital: dor e morte como ofício”. A autora exemplifica o uso do biombo quando o paciente está moribundo, artefato utilizado nestes casos, para isolar a pessoa que está a morrer dos outros pacientes na enfermaria e, sobretudo, para minimizar a visão da morte iminente para os trabalhadores da saúde (PITTA, 2016).

No artigo científico intitulado “Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira” (CRUZ; SOUZA; LISBOA, 2007), as autoras destacam estratégias defensivas elaboradas pelo coletivo de enfermeiras assistenciais, algumas delas estão sumariamente descritas a seguir:

- a) estratégia do distanciamento: perpassa a necessidade da enfermeira de manter certo distanciamento dos clientes a fim de desenvolver suas atividades sem correr o risco de ficar incapacitada de desempenhá-la pelo envolvimento emocional estreito com a clientela;
- b) estratégia das pausas no trabalho: serve para minimizar o sofrimento decorrente de um ambiente laboral sufocante, que mantém relações interpessoais difíceis, que expõe a enfermeira à dor e ao sofrimento da clientela sob seus cuidados, que a pressiona com acumulações de atribuições e ritmos de trabalho elevados;
- c) estratégia do limite: limites impostos pela enfermeira tanto para o elevado volume de trabalho, quanto para a capacidade de trabalho que seu corpo suporta diante das demandas de produtividade. A absorção de papéis e atribuições que não são da competência das enfermeiras leva esse coletivo profissional a engendrar esta tática defensiva.

Na minha prática profissional, verifico empiricamente que as estratégias acima descritas podem se manifestar na equipe de enfermagem em diversos momentos. Deste modo, identifico que os trabalhadores evitam o envolvimento emocional para se distanciarem do desgaste psicológico imposto pela vivência com a dor e o sofrimento dos pacientes; agem de forma impessoal evitando a comunicação para fugir do contato com tal sofrimento; afastam-se do trabalho por meio de diversas formas de licenças, assim como se ausentam do setor e evitam estar presentes nos momentos da visita dos familiares.

Assim, reconheço a pertinência da pesquisa de Cruz, Souza e Lisboa (2007) com a vivência no meu cenário laboral, reforçando, deste modo, a relevância de estudo científico para melhor investigar este importante fenômeno das estratégias de defesa que envolvem o trabalho de enfermagem em uma clínica cirúrgica onde pacientes oncológicos em tratamento paliativo também são atendidos.

Durante toda minha trajetória acadêmica e profissional, as questões sobre as dificuldades em cuidar de pacientes em tratamento paliativo inquietavam-me. Graduei-me em enfermagem em 2010 e ingressei logo em seguida na Residência em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), tendo como cenário de prática um hospital público municipal, na cidade do Rio de Janeiro, em que tive a oportunidade de observar a característica de uma enfermaria de cirurgia geral, os profissionais que nela atuavam e a população assistida.

Por meio de observação empírica, identifiquei que, apesar de não ser a patologia mais incidente, eram frequentes as internações de pacientes com doenças oncológicas em tratamento paliativo que, muitas vezes, demandavam cuidados específicos da equipe de enfermagem. Nesse período, não era incomum ouvir relatos dos profissionais sobre o sofrimento vivenciado pela equipe em relação ao cuidado prestado ao paciente em processo de morte e morrer.

Atualmente, minha vivência profissional como enfermeira responsável pela unidade de cirurgia geral de um hospital universitário fez emergir novamente esta inquietação. Inserida no projeto “(Re)Conhecendo a clientela assistida na cirurgia geral” desde 2013, constatei uma crescente incidência de doença oncológica. O perfil clínico-epidemiológico avaliado a partir dos impressos de autorização de internação hospitalar nos anos de 2010 a 2014 apontam como cirurgias mais realizadas a colecistectomia na enfermaria feminina e a correção de hérnias da parede abdominal na enfermaria masculina, sendo o tempo médio de internação de até três dias. O mesmo estudo ressalta que as cirurgias oncológicas intestinais estiveram presentes ao longo desses cinco anos (CRUZ, 2015).

O câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Esta incidência crescente de casos de neoplasia tem ocasionado uma transformação no perfil epidemiológico da população, seja pelo aumento da exposição aos fatores de risco, pelo envelhecimento populacional, pelo aprimoramento das tecnologias para o diagnóstico ou pela elevação do número de óbitos por esta patologia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

Na atualidade, o câncer é a segunda maior causa de morte no mundo ocidental, principalmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos últimos anos, vultosos investimentos em pesquisas – por parte dos governos e de iniciativas privadas, – além de um crescente número de trabalhos científicos publicados na área de oncologia, confirmam a importância e preocupação atribuídas a esta doença (INSTITUTO ONCOGUIA, 2011).

Observo, na minha rotina diária, que parte dos pacientes com doença oncológica já interna em um estágio avançado da doença, sendo classificados como em cuidados paliativos. Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 e atualizados em 2002 como “assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. Neste caso, não se objetiva a cura, mas sim a melhoria da qualidade de vida do cliente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 84).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (CARVALHO; PARSONS, 2012, p. 95), a medicina paliativa ainda não tem reconhecimento no Brasil, o que dificulta a formação consistente e adequada de profissionais. Da mesma forma, em relação ao tratamento paliativo, a prática de enfermagem e de todas as demais profissões também não é reconhecida. Boa parte das equipes trabalha a partir de uma educação pouco sistemática e o conhecimento advém das iniciativas autodidáticas de profissionais dedicados e nos cursos de curta duração, muitas vezes, sem adequação à nossa realidade (CARVALHO; PARSONS, 2012).

No Brasil, apesar de o Instituto Nacional do Câncer possuir um curso de pós-graduação *lato sensu* em oncologia, sob a forma de residência multiprofissional, na qual são abordadas diferentes modalidades da atenção oncológica, incluindo os cuidados paliativos, na formação em enfermagem, esta temática ainda é pouco desenvolvida nos currículos de graduação e nos cursos de técnico em enfermagem. Verifica-se que o estudante tem seu olhar voltado para a atuação profissional curativa. Na maioria das academias, os estudantes aprendem a salvar vidas, a promover saúde e prevenir agravos, desse modo, pouco ou nada são capacitados para lidar com pacientes em situação de finitude da vida (SILVA, 2016).

Citando Foucault (2011), a medicina, que sempre se esforçou para combater as doenças objetivando a cura, como se apresenta quando as armas já não são suficientes para exterminá-las ou quando o corpo não responde à batalha dos arsenais terapêuticos tradicionais? O que fazer quando o mundo surdo do interior do corpo passa a se fazer ouvir através de sons que não traduzem mais a vida, mas os sinais da finitude do tempo, da falência da técnica, da dor e do sofrimento?

O relacionamento com os pacientes em cuidados paliativos muitas vezes é um choque para o profissional, pois o faz encarar a morte e uma série de eventos associados à fase final da vida, o que pode levar à criação de estratégias coletivas de defesa. Cuidar de um paciente em processo de morte e morrer requer subsídios relacionados à organização do trabalho, além de amparo emocional voltado não somente para o paciente e família como também para o profissional que presta a assistência.

A organização do trabalho é considerada como a principal responsável pelo surgimento de experiências danosas à integridade psíquica do trabalhador. Entende-se por organização do trabalho tanto a divisão do trabalho, que corresponde à repartição de tarefas entre operadores, à cadência, ao ritmo laboral, enfim, ao modo operatório prescrito, quanto à divisão de homens, ou seja, a distribuição das responsabilidades, a hierarquia, o comando, o controle, entre outros (DEJOURS, 2015).

Sabe-se que as organizações laborais sofrem influência do modelo econômico vigente num determinado momento histórico-político do contexto e, neste caso, salienta-se a preponderância do modelo neoliberal, o qual tem como um dos seus principais fundamentos a necessidade do “Estado Mínimo”. A existência desse “Estado Mínimo” origina a diminuição insidiosa das políticas sociais em detrimento do capital financeiro, ocasionando o sucateamento de serviços básicos como saúde e educação (SOUZA et al., 2017).

Ademais, este modelo tem resultado em inúmeras transformações para o trabalho de enfermagem, tanto para a organização e o processo laboral desta categoria profissional, quanto para as condições em que ocorre o trabalho (GONCALVES et al., 2015). Verificam-se profissionais tendo que atuar em contextos cada vez mais precarizados, onde a organização laboral impõe, muitas vezes, metas inatingíveis, impelindo trabalhadores a serem polivalentes e multifuncionais, a fim de darem conta das tarefas. Além disso, observa-se intensificação do ritmo laboral, baixos salários, terceirização da força de trabalho, diminuição de concursos públicos, dentre outras medidas que visam ao enxugamento da máquina pública.

Gonçalves et al. (2015) asseveram que os impactos no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem decorrentes dessa nova configuração laboral são tremendos e

perversos. Há evidências de trabalhadores com depressão, ansiedade patológica, estresse ocupacional, síndrome de *burnout*, entre outros, evidenciando, de alguma forma, que as estratégias coletivas de defesa e os mecanismos individuais não têm sido suficientes para proteger os trabalhadores desse contexto adverso e hostil.

Nesse sentido, verifica-se que a configuração da organização do trabalho, bem como os fundamentos econômicos dessa organização laboral, é algo complexo, pois vão influenciar a importância que se confere ao trabalhador, o tipo de comando que gesta, a relação interpessoal elaborada pela cadeia hierárquica, o ritmo laboral imposto e as metas a alcançar. Portanto, sua conformação impacta na percepção que o trabalhador tem do seu trabalho, se emerge prazer ou sofrimento, satisfação ou insatisfação, repulsa ou aderência. E dessa percepção manifesta-se a necessidade de elaborar as estratégias coletivas de defesa.

Assim, nota-se que a organização do trabalho, quando não oferece subsídios em termos de capacitação da equipe e condições para apoio psicoemocional e material de seus trabalhadores, põe em risco a integridade psicofísica dos trabalhadores.

Na perspectiva da configuração da organização laboral, do local em que atuo como enfermeira, constatei os crescentes números de internações por doença oncológica em tratamento paliativo. Apesar de receber pacientes com doença oncológica para abordagem cirúrgica, este local não tem como característica atender pacientes em fase paliativa. Esta enfermaria tem como objetivo prestar assistência a pacientes de cirurgia geral, caracterizada essencialmente pelos seguintes procedimentos: hernioplastias, colecistectomias, tireoidectomias, tumores de cólon, sigmoide e/ou reto, hemorroidectomias e afecções gástricas.

Desse modo, a equipe tem déficit na capacitação técnica e pouco preparo emocional para cuidar de doentes oncológicos em tratamento paliativo por se tratar de uma área altamente especializada. A estrutura física da enfermaria não foi projetada para este tipo de assistência, faltam insumos e equipamentos condizentes para o cuidado a tais pacientes e dispositivos para garantir o mínimo de conforto, como por exemplo, aparelhos de ar condicionado. Esta distância entre o objetivo terapêutico da enfermaria e os doentes que têm sido internados neste contexto – um crescente número de pacientes em estágio paliativo – vem causando tensões, estranhamentos, falas de descontentamento e sofrimento na equipe de enfermagem, que podem ser o resultado da discrepância entre a organização prescrita do trabalho e o trabalho real.

Por outro lado, percebi que alguns trabalhadores ficam mais impactados que outros com tal situação, assim sendo, considere que esta diferenciação pode estar relacionada com a gestão das estratégias de defesa e sua aderência pelo coletivo profissional.

Questões norteadoras e objetivos do estudo

Na perspectiva desta contextualização inicial sobre o objeto de estudo, elaborei as seguintes questões norteadoras:

- a) Qual a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos?;
- b) Quais os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos?;
- c) Quais as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos?

Considerando as questões norteadoras apontadas anteriormente, elaborei os seguintes objetivos:

- a) Identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos;
- b) Analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos;
- c) Discutir as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos.

Relevância e contribuição do estudo

Pesquisar as estratégias coletivas de defesa é relevante para reforçá-las ou refutá-las no contexto laboral, haja vista que algumas podem ser adoecedoras. Investigar essas estratégias e entender se são salutares contribui com a saúde do trabalhador, pois permite analisar se estão afetando negativamente ou alienando a equipe de enfermagem. Ademais, entende-se que este estudo é importante para provocar uma análise crítica sobre a configuração da organização do trabalho, contribuindo para uma discussão sobre sua readequação ou ajustes, possibilitando

atender tanto ao novo perfil de cuidados da clientela assistida, quanto à preservação da saúde dos trabalhadores.

Considera-se que este estudo é relevante também para o ensino de enfermagem, pois, por exemplo, nos cursos de graduação, os conteúdos que envolvem a saúde do trabalhador e as estratégias de defesa são temas pouco ou nada abordados com os discentes. Levantar essa discussão é de suma importância, pois fomenta a construção de um pensamento reflexivo e crítico sobre situações que permeiam o objeto de trabalho da profissão, e não restringe o estudante somente ao desenvolvimento de uma assistência pautada em procedimentos técnicos de enfermagem. Dessa forma, constrói no estudante um posicionamento analítico e questionador, com alto potencial para transformar realidades obsoletas e adoecedoras para os trabalhadores de enfermagem.

No ano de 2014 foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, cujo tema central foi a “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado”. E nesta conferência, “Saúde Mental e Trabalho” foi um dos temas que emergiram, permitindo abordar os transtornos mentais e seus determinantes para os afastamentos no trabalho. Tais transtornos aparecem como a terceira causa mais frequente de adoecimento entre os trabalhadores brasileiros, tendo-se a perspectiva de dobrar até o ano de 2020. Ademais, ressaltou-se que um dos nexos para essa ocorrência é decorrente da reestruturação econômica e tecnológica, que gesta uma organização laboral insólita, a qual produz processos sutis de adoecimento e novas formas de transtornos mentais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Nesta perspectiva, este estudo também contribuirá porque vem ao encontro do que foi o foco da mencionada conferência, pois propõe uma análise sobre a configuração da organização laboral em uma instituição hospitalar e as formas que os trabalhadores têm gestado para se preservarem de um possível sofrimento psíquico, ou seja, as estratégias coletivas de defesa.

Com o objetivo de identificar estudos já produzidos acerca das estratégias coletivas de defesa, realizou-se uma revisão integrativa que confirmou lacuna na produção de conhecimento sobre o objeto deste estudo, fato que veio afirmar sua relevância. A revisão integrativa tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado. Deste modo, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática (MENDES, 2008). Para conduzir tal revisão, formulou-se a seguinte questão: O que foi produzido na literatura sobre estratégias de defesa adotadas pela equipe de enfermagem?

Em sequência, foi realizada, em julho de 2017, pesquisa bibliográfica eletrônica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no portal PubMed (*National Library of Medicine*), com recorte temporal definido entre os anos de 1990 a 2017. Esse recorte temporal fundamentou-se no fato de a psicodinâmica do trabalho ter tido sua difusão na década de 1990, obtendo-se uma crescente utilização de seus constructos teóricos nas pesquisas desde então (LACOMBLEZ, 2011).

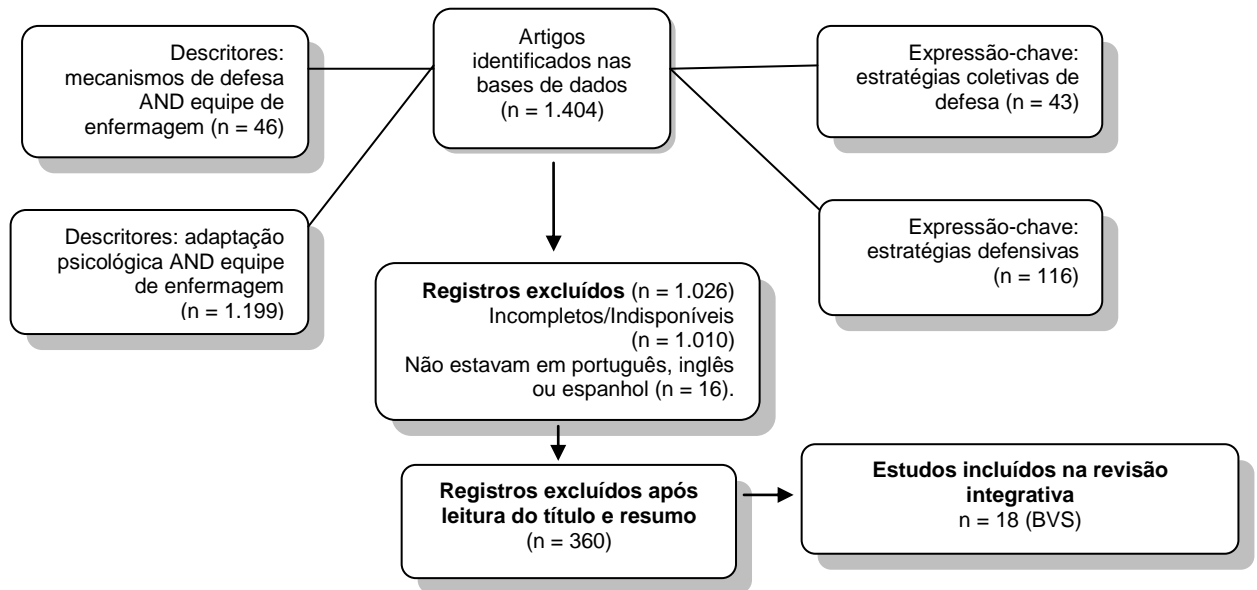
Para prover a seleção dos artigos, utilizou-se a terminologia padronizada dos Descritores em Ciência da Saúde (DECS). Os descritores utilizados foram: mecanismos de defesa AND equipe de enfermagem; adaptação psicológica AND equipe de enfermagem. Para as bases de dados internacionais foram utilizados os mesmos termos em língua inglesa: *defense mechanisms AND nursing team; psychological adaptation AND nursing team*. Destaca-se que foi utilizado “AND” entre os descritores, como operador booleano. A fim de ampliar a busca, foram utilizadas também as seguintes expressões-chaves: “estratégias coletivas de defesa”; “estratégias defensivas” e seus correspondentes em inglês “*collective defense strategies*” e “*defensive strategies*”.

Incluíram-se publicações com os seguintes critérios: disponíveis na íntegra, redigidos em português, inglês ou espanhol, tendo como cenário instituições hospitalares, cujos participantes fossem trabalhadores da equipe de enfermagem. Não foram incluídos guias, revisões de literatura, diretrizes, manuais e estudos duplicados.

Foi identificado, na busca inicial, o total de 1.404 artigos no portal BVS. Desse total excluíram-se os artigos indisponíveis na íntegra (n = 1.010), artigos que não estavam em português, inglês ou espanhol (n = 16). A seguir, procedeu-se à leitura minuciosa de títulos e resumos, o que gerou uma exclusão de 360 publicações, pois não estavam em relação direta com a temática ou porque foram desenvolvidos em outro cenário que não o hospitalar, ou ainda devido aos participantes não serem trabalhadores de enfermagem.

Após tais exclusões, foram selecionados 18 artigos de interesse para revisão integrativa, conforme fluxograma apresentado a seguir (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção do estudo



Fonte: A autora, 2018.

Em relação ao portal PubMed, foram encontrados 1.613 artigos; desse total, apenas 265 estavam disponíveis na íntegra e, após leitura de títulos e resumos, não foram identificados estudos que se relacionassem com a temática proposta.

Dos 18 estudos captados, obteve-se que 15 artigos (83%) foram desenvolvidos por enfermeiros, 2 artigos (11%) por enfermeiros e psicólogo, e 1 artigo (6%) foi realizado por psicólogos (6%). Verificou-se também que 15 estudos foram publicados em revistas científicas de enfermagem (83%), sendo os demais publicados em revista de psicologia ou de caráter multidisciplinar.

As publicações efetuaram-se nos anos de 1996 a 2017. Observou-se que o ano que apresentou o ápice de artigos publicados foi 2016, com três publicações, correspondendo a 17%. Os anos de 2007, 2008, 2012 e 2013 aparecem com duas publicações, o que corresponde a 11% cada. Os anos de 1996, 1999, 2002, 2001, 2006, 2015 e 2017 possuem uma publicação cada, o que representa 6%.

Os cenários dos estudos foram 9 hospitais universitários (50%), 8 hospitais públicos (44%) e 1 hospital privado (6%). Os 18 artigos compreenderam a participação total de 317 profissionais de enfermagem. O quadro 1 apresenta os estudos selecionados.

Quadro 1 – Artigos selecionados para revisão integrativa (continua)

Nº	ANO/ PAÍS	TÍTULO
DESCRITORES: mecanismos de defesa AND equipe de enfermagem		
1	1999 BRASIL	Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte
2	2013 BRASIL	Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva
3	2008 BRASIL	Sufrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada
4	2002 BRASIL	As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola
DESCRITORES: adaptação psicológica AND equipe de enfermagem		
5	2016 BRASIL	Estratégias utilizadas por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro
6	2016 BRASIL	Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro
7	2016 BRASIL	Estratégias de resistência dos profissionais de enfermagem diante de situações de morte de recém-nascidos
8	2015 BRASIL	Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência
9	2006 BRASIL	Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva (LILACS)
EXPRESSÃO-CHAVE: estratégias coletivas de defesa		
10	2007 BRASIL	Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer
11	2007 BRASIL	Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira

Quadro 1 – Artigos selecionados para revisão integrativa (conclusão)

12	2008 BRASIL	Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem
EXPRESSÃO-CHAVE: estratégias defensivas		
13	2017 BRASIL	A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento
14	1996 BRASIL	A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica
15	2013 BRASIL	Adoecimento psíquico de trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva
16	2009 BRASIL	O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento
17	2012 BRASIL	Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva: reflexão na ótica dejouriana
18	2012 BR	Coping strategies to workloads of nurses from the emergency unit

Fonte: A autora, 2018.

Foi encontrado apenas um estudo que aborda a temática “estratégias de defesa adotadas pela equipe de enfermagem” relacionada à paciente fora de possibilidade terapêutica, o qual tem como data de publicação o ano de 1999, escrito por psicólogos. Essa escassez de publicações relativas ao foco desta pesquisa corrobora a relevância do presente estudo.

Este estudo também é relevante porque contribui para fortalecer a Linha de Pesquisa “Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem” da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e também o Grupo de Pesquisa “O mundo do trabalho como espaço de produção de subjetividade, tecnologia e formação profissional em saúde e enfermagem”, possibilitando a minimização de lacunas de estudos nesta área.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Psicodinâmica do trabalho: disciplina, teoria e método

Este estudo utiliza a psicodinâmica do trabalho, elaborada por Christophe Dejours, como referencial teórico. Dejours é um pesquisador francês, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista que busca na psicanálise, na ergonomia, na sociologia política, na psicologia do trabalho e nos estudos psicossomáticos fundamentos que subsidiem investigar a vida psíquica do trabalhador, com destaque para o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento usadas pelos trabalhadores para transformar esse sofrimento em fonte de prazer (BUENO; MACÊDO, 2012).

Por procurar revelar respostas a inquietações de conflitos circunscritas no universo do trabalho, Bueno e Macêdo (2012) registram o interesse dos pesquisadores tanto do Brasil quanto da França pela psicodinâmica do trabalho, pois esta apresenta amplas possibilidades de continuar crescendo e evoluindo, respondendo à demanda do mundo do trabalho, considerando a urgência de estudar as novas configurações que o envolvem, na busca de construção de um ambiente mais saudável e digno. Tal investimento dos pesquisadores objetiva o reconhecimento, a autonomia e a liberdade do profissional, bem como a qualidade do trabalho desenvolvido.

O conceito de “psicodinâmica do trabalho” originou-se a partir dos estudos da psicopatologia do trabalho. Esta tratava de colocar em evidência uma clínica de afecções mentais que poderiam ser ocasionadas pelo trabalho, sendo resultantes dos danos físico, químico e biológico relacionados à atividade laboral. Em 1980, Dejours publicou a obra “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”, apresentando um novo olhar sobre as influências da organização do trabalho no aparelho psíquico humano. Com o avançar dos estudos de Dejours, a psicopatologia do trabalho modificou seu objeto de pesquisa, centralizando o foco naquilo que identificou como sofrimento no trabalho. Seu campo de investigação não mais representa as doenças mentais ligadas ao trabalho, mas a investigação sobre as formas de resistência desenvolvidas pelos trabalhadores para lidar com as pressões psíquicas do trabalho e esquivar-se do sofrimento mental (DEJOURS; ABOUCHELI, 1994; VILELA; GARCIA; VIEIRA, 2013).

A psicodinâmica do trabalho é um constructo abrangente, que aborda as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador, buscando compreender como o vínculo com o trabalho manifesta as vivências de prazer e de sofrimento nas estratégias de ação para mediar as contradições encontradas na organização do trabalho, as quais podem fazer surgir as patologias sociais e demais adoecimentos – mas, também, com potencial para fazer emergir e fortalecer a saúde, dependendo-se, para isso, da configuração da organização laboral (GHIZONI et al., 2014).

Na década de 1990, a partir da disseminação da ideia de dinamicidade na relação entre o trabalhador e a organização de trabalho, Dejours passa a observar que os trabalhadores desenvolviam maneiras para se protegerem diante dos constrangimentos organizacionais que causavam sofrimento. Os trabalhadores não se mostravam passivos e utilizavam estratégias de defesa, individuais e coletivas contra possíveis efeitos prejudiciais à sua saúde mental (LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Um conceito central na psicodinâmica é o da organização do trabalho, a qual é compreendida como a divisão do trabalho e a divisão de homens, em que, na primeira, insere-se a divisão de tarefas, ritmo laboral, cadências, enfim, o modo operatório prescrito; já em relação à divisão de homens, configura-se a repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle e as lutas de poder. Quando a organização do trabalho se caracteriza como rígida e autoritária, esta provoca um aumento da carga psíquica, com potencial para causar sofrimento resultante do choque entre a história individual dos trabalhadores com seus anseios, projetos e desejos, pouco permitindo a realização de aspirações e desejos do coletivo profissional, concorrendo para o surgimento do sofrimento patogênico (CRUZ et al., 2007; DEJOURS; ABOUCHELI, 1994; LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Apesar de ser inerente à condição humana, o sofrimento não deve ser naturalizado, pois este pode advir da desarmonia entre o trabalho prescrito e o trabalho real, no qual o trabalho prescrito corresponde ao que antecede à execução da tarefa, sendo de fato o que é esperado no âmbito de um processo de trabalho, estando vinculado às regras fixadas pela organização. Já o trabalho real é o próprio momento de execução, é o que efetivamente é feito. São atividades realizadas pelos trabalhadores em atendimento às exigências, muitas vezes conflitantes, que podem acontecer no decorrer do serviço. Dejours vai além ao definir trabalho como tudo aquilo que não está prescrito, justificando que não é o prescrito que realiza o trabalho, mas a ação real do trabalhador (DEJOURS, 2011; LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

De outro modo, o sofrimento pode tornar-se criativo quando o sujeito consegue transformá-lo em prazer a partir do uso da inteligência prática, que é astuciosa, criativa e tem a capacidade de subverter a prescrição para acrescentar contribuições do sujeito para a organização do trabalho. Entretanto, esse ambiente de ressignificação depende de uma organização do trabalho flexível, que possibilite a abertura para a mobilização subjetiva do trabalhador. Desta maneira, o trabalhador consegue transformar o sofrimento inicial em algo criativo e benéfico para a sua subjetividade (CRUZ et al., 2007; DEJOURS; ABOUCHELI, 1994; LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Nesta perspectiva, a relação do trabalhador com o seu trabalho é dialética, perpassando dinamicamente o sofrimento e o prazer. Para a psicodinâmica do trabalho, não há trabalho sem sofrimento, já que a atividade laboral é central na construção da identidade do indivíduo, entretanto o trabalho também é mediador do prazer. O que se evidencia é que entre estes dois extremos existem estratégias utilizados pelos trabalhadores para evitar o sofrimento, como as estratégias coletivas e/ou individuais de defesa (FONSECA, 2014).

As estratégias de defesa são elaboradas individual e coletivamente, sendo as individuais chamadas de mecanismos de defesa. O sofrimento, o prazer, as aspirações e os desejos são vivências subjetivas de um sujeito singular e único que, ao vivenciar determinado sofrimento, elabora seus mecanismos de enfrentamento como tentativas de adaptação às condições do meio. Em situações coletivas, como nas relações de trabalho, cada sujeito, vivendo individualmente um sofrimento próprio, é capaz de unir esforços com seus pares, para elaborarem estratégias coletivas de defesa (DEJOURS; ABOUCHELI, 1994).

A diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa persiste mesmo sem a presença física de outros e exerce pouca influência no grupo, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo, assim, de condições externas, sendo empregadas pelos trabalhadores de modo coletivo, especificamente marcada pelas pressões do trabalho (DEJOURS; ABOUCHELI, 1994; OLIVEIRA, 2014; LANCMAN; SZNELWAR, 2011; SOUZA; LISBOA, 2002).

Oliveira (2014) destaca que, na área da saúde, grande parte dos trabalhadores atua em unidades que pouco estimulam sua criatividade, sendo o trabalho um contexto com escassa fonte de saúde e prazer, culminando num elevado número de casos de profissionais que apresentam sofrimento decorrente de uma organização laboral inflexível e pouco racional. Tal contexto acarreta que o trabalhador fracasse na tentativa de reverter o sofrimento em prazer, resultando em adoecimento.

Os profissionais da equipe de enfermagem são os que mais tempo permanecem em contato com o paciente. A exposição constante com situações de dor, sofrimento e morte são fatores potenciais desencadeadores de estresse, que possivelmente afloram de forma mais evidente nas unidades hospitalares as quais atendem pacientes, muitas vezes, com poucas possibilidades de cura, caracterizando-se como terminais. Experienciar as dores e sofrimentos do outro causa um maior envolvimento com a fragilidade humana e expõe o profissional ao conflito entre seu ofício e o terreno das suas próprias emoções (FONSECA, 2014).

Alguns profissionais desenvolvem a negação como estratégia de defesa, o que pode interferir na forma como cuidam do paciente em processo de morte e seus familiares. No entanto, pode-se criar uma armadura protetora, que se manifesta numa aparente insensibilidade e frieza, impedindo o profissional de crescer humana e profissionalmente, fato que interfere de maneira negativa na sua forma de cuidar do paciente em processo de morte (MOTA et al., 2011).

Por vezes, os trabalhadores podem externar uma aparente normalidade, mesmo mediante situações constrangedoras da organização do trabalho. A visão da psicodinâmica é permeada pela concepção de que não se procura mais entender o adoecimento, e sim o que está invisível. Desvelar essa aparente normalidade, na qual os trabalhadores não adoecem e conseguem fugir do enlouquecimento, surge como foco das reflexões para a psicodinâmica. Tal situação caracteriza o conceito de “normalidade sofrente”, ou seja, uma ocultação do sofrimento, sendo o resultado alcançado na luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho (DEJOURS, 2011; LANCMAN; SZNELWAR, 2011; OLIVEIRA, 2014).

Dejours (2015) realizou pesquisas com os trabalhadores da construção civil, cenário onde os perigos têm um peso real, pois operários estão expostos a numerosos acidentes mortais ou causadores de invalidez, e mesmo assim, muitos trabalhadores são resistentes às normas de segurança, como se eles não tivessem consciência dos riscos aos quais se submetem. O objetivo desta “inconsciência” é exaltar a coragem e a própria virilidade por meio da demonstração de ausência de medo, indiferença em relação ao sofrimento e a falsa invulnerabilidade.

Para o autor, tal ideia é reforçada pela existência de casos em que profissionais da construção civil não se adaptam devido às condições inseguras, que causam medo, tornando o trabalho inviável para trabalhadores iniciantes. Neste caso, quando um trabalhador não consegue incorporar a tecnologia defensiva de sua profissão por conta própria, superando a própria apreensão, não será aceito pelo grupo, vendo-se obrigado a afastar-se.

Este sistema defensivo, destinado a controlar o medo, é chamado de pseudoinconsciência do perigo e apoia-se no caráter coletivo, em que todos participam. Ninguém pode ter medo nem o demonstrar, tão pouco falar sobre ele. Perigo, risco e acidente também não são palavras aceitas. As demonstrações aceitáveis são de bravura e de coragem, e estas instruções implícitas são respeitadas. Dejours (2015) ainda cita que um exemplo desta defesa é manifestado por meio da ingestão de álcool, funcionando como um escape para superar o medo, caracterizando-se como uma dose de energia psicológica, que ajuda a enfrentar as condições adversas do trabalho.

Apesar de as estratégias coletivas de defesa serem um meio de amenizar e/ou neutralizar o sofrimento advindo do trabalho, elas também podem ser estratagemas que geram padecimentos e angústias, pois, por terem o caráter de anestesiar o sofrimento, possibilitam igualmente uma acomodação, que engessa o trabalhador para lutar por modificações na organização do trabalho, a qual pode se configurar como irracional, fragmentada, complexa, por exemplo. Ademais, também pode fazer emergir um sofrimento maior, quando um trabalhador não adere a tais estratégias, destoando do grupo, o qual o vê como diferente, estranho ou desigual. Neste sentido, o trabalhador que não adere às estratégias coletivas de defesa terá um sofrimento adicional, apresentado potencial para o adoecimento mental (LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Pesquisadores alertam que as formas de defesa são essencialmente ambíguas e que, se usadas em demasia, impedem a mobilização necessária para modificar a realidade causadora de sofrimento, reforçando a banalização das injustiças no ambiente de trabalho e a aceitação de práticas que acarretam sofrimento ao outro. As principais patologias sociais originadas do uso exacerbado de defesas são: a sobrecarga, a servidão voluntária e a violência (MENDES, 2007).

As patologias de sobrecarga dizem respeito à “hipersolicitação” que ocorre quando a organização do trabalho é regida pela ideologia da excelência e do desempenho, podendo ter nas suas origens a disciplina da fome e a centralidade do trabalho, surgindo principalmente nos casos em que o sentido do trabalho é o “ganha pão” (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010; MENDES, 2007).

A servidão voluntária está relacionada à necessidade de emprego e conforto na vida, podendo ocorrer em trabalhadores de classes sociais menos favorecidas, que se sentem como parte da organização, em um grupo onde as relações com gestores são pautadas pelo conformismo. Além disso, verifica-se que o trabalhador precisa se mostrar constantemente adaptado, integrado e produtivo, revelando uma submissão sem protestos, e o gestor aproveita

tal vulnerabilidade para explorar a produtividade do trabalhador (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010; MENDES, 2007).

Já a patologia da violência configura-se em ações agressivas contra si mesmo, contra os outros e contra o patrimônio, exemplificadas pelo vandalismo, pela sabotagem, pelo assédio moral e até mesmo pelo suicídio. Pode ocorrer quando as relações subjetivas com o trabalho estão degradadas ao ponto em que o trabalho perde o sentido e o sofrimento dele decorrente se propaga para as relações familiares e sociais. Práticas desleais com os colegas, condutas baseadas na filosofia do cada um por si e do ignorar as situações sofridas são consequências das formas de dominação social no trabalho, sendo que a solidão provocada pela desestruturação dos coletivos de trabalho leva ao uso destas defesas (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010; MENDES, 2007).

Cabe destacar que o estudo das relações entre organização do trabalho e o processo de subjetivação, manifestando-se nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias defensivas, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento é o objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho. Ademais, enfatiza-se que o acesso e apreensão dessas relações dinâmicas se dão pela análise da fala e da escuta do sofrimento dos trabalhadores (MENDES, 2007).

Desvelar o sofrimento pela fala permite resgatar a capacidade de pensar sobre o trabalho, é um modo de desalienação, bem como uma possibilidade de apropriação e dominação do trabalho pelos trabalhadores, sendo este um aspecto fundamental para dar início à construção do coletivo com base na cooperação e nas mudanças da organização do trabalho (MENDES, 2007, p. 32).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Trabalho e enfermagem

A palavra trabalho provém etimologicamente do latim *tripalium*, formado pela junção dos elementos *tri* (três) e *palum* (madeira). Esse era o nome dado a um instrumento de tortura formado por três estacas de madeira afiadas. Os escravos e os pobres que não podiam pagar os impostos eram torturados com o *tripalium*. Assim, quem “trabalhava” eram pessoas desprovidas de posses. Do latim ao francês *travailler*, que significa “sentir dor” ou “sofrer”, a palavra trabalho tem hoje uma série de diferentes significados, sendo dedicadas a ela vinte acepções básicas e diversas expressões idiomáticas no dicionário “Aurélio” (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO, não paginado).

“Trabalho” não é um termo simples, de fácil definição. Os significados e ressignificados desta palavra também aparecem frequentemente associados a questões subjetivas e a conceitos como motivação, reconhecimento, realização e satisfação. Por ocupar papel central na vida das pessoas, seja como construtor da subjetividade e identidade social, ou como um meio para a sobrevivência humana, a relação do homem com seu trabalho vem sendo bastante discutida, assim como seus diversos significados, que são alterados de acordo com o cenário histórico-político-social.

Pela complexidade do termo e por meio da ótica de Dejours, já se verifica que a organização do trabalho tem papel central nas análises sobre o sofrimento. Mas de que maneira fazemos tal correlação com o trabalho em enfermagem?

Conforme revisão realizada por Lorenzetti et al. (2014), a enfermagem ainda detém influência dos princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, tais como a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, supervisão estreita, dimensionamento inadequado de pessoal, em que muitas vezes o fazer se sobrepõe ao pensar, evidenciando um aspecto mecanicista, além da forte preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas e escalas de divisão do trabalho, que proporcionam, entre outras coisas, a fragmentação da assistência aos usuários.

Porém, faz-se relevante destacar que as relações e condições de trabalho sofreram inúmeras transformações depois da consolidação do processo de acumulação flexível,

conceito decorrente do neoliberalismo – política econômica que idealiza a mínima participação do Estado em políticas sociais (ANTUNES, 2011).

O neoliberalismo emergiu como um novo modo de exploração e de controle da força de trabalho com vistas à maximização do lucro por meio do enfraquecimento dos direitos sociais e trabalhistas, diminuição do funcionalismo com proporcional aumento da terceirização, estímulos ao trabalho precário e parcial e exponencial aumento do desemprego. Também se tem como características de tal transformação a competitividade voraz entre os trabalhadores, o aumento do ritmo de trabalho, o número crescente de trabalhos temporários, a polivalência e a multifuncionalidade, a pressão por capacitação e a cobrança por excelência no desempenho daqueles que permanecem no mercado de trabalho (GONÇALVES et al., 2015).

Os trabalhadores de enfermagem também sofrem os reflexos desta mudança, pois é notória a elevação de subempregos, com trabalhadores cooperativados e terceirizados, com vencimentos inferiores aos dos profissionais estatutários e dos com contrato formal pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com tal contexto, esses trabalhadores passam a recorrer a múltiplos vínculos trabalhistas (GONÇALVES et al., 2015).

O ideário neoliberal, que preconiza a flexibilização do emprego público e um rígido controle do governo sobre os gastos financeiros e recursos humanos, vem criando uma situação de crise para os hospitais universitários, que passaram a conviver com a redução gradativa de pessoal. Além disso, a escassez de investimentos em tecnologia e infraestrutura necessárias para suprir as demandas do ensino, pesquisa, extensão e assistência nos hospitais universitários tem deteriorado insidiosamente tais instituições, que são campos de formação de recursos humanos e de desenvolvimento tecnológico para a área da saúde (ALVES et al., 2015).

Nesse contexto, sendo um hospital universitário o cenário desta pesquisa, cabe salientar que o mesmo passa pelo processo de sucateamento oriundo desta política econômica neoliberal. Assim, essa unidade hospitalar sofre todos os impactos das alterações ocasionadas pelas mudanças no mundo do trabalho. Observam-se, por exemplo, consequências na configuração da equipe de enfermagem, formada por estatutários e terceirizados, convivendo em um mesmo espaço, realizando tarefas equivalentes, mas com diferenciação de vencimentos. Ademais, não há investimentos de recursos materiais – equipamentos e de consumo, – espelhando exatamente o quadro posto para a política de saúde pública no país.

Observa-se também a diminuição significativa do número de leitos para internação, que atualmente passou de 350 para 200, no entanto sua ocupação no final da década de 1990

era de aproximadamente 500 leitos. A escassez de concursos públicos fez reduzir o quadro de profissionais, fato que culminou no fechamento de diversas enfermarias. O que se verifica na atualidade são enfermarias com internações de pacientes que não são de sua especialidade, cuja razão é manter os serviços em funcionamento, numa estratégia de não fechar o hospital.

Os impactos desse processo se somam à grave crise financeira vivenciada pelo estado do Rio de Janeiro. Os salários dos servidores do estado estão ameaçados, sendo pagos em atraso e sem um calendário de pagamento definido, deixando os servidores inseguros em relação ao futuro. Estas informações são noticiadas sistematicamente por diversas mídias em todo o país (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO, 2016; GAZETA DO POVO, 2016). Tais situações refletem na subjetividade dos trabalhadores, resultando em sofrimento psíquico, comprometimento na qualidade da assistência e, até mesmo, em adoecimentos e aposentadorias precoces (FIGUEIREDO; ALEVATO, 2013).

É preciso dar a devida importância à subjetividade, levando em consideração o sujeito trabalhador. Conforme conceitua Dejours, trata-se da parte viva, sensível, reativa e sofredora do trabalhador, os elementos constituintes da sua subjetividade, que não pode ser negligenciada na análise da relação ser humano versus trabalho. A organização do trabalho que separa o corpo do pensamento, e o trabalho de concepção do trabalho de execução, gera o sofrimento do trabalhador (DEJOURS, 1996).

Junta-se a isto o fato de que os trabalhadores da saúde têm relação direta com situações de dor e sofrimento, vivenciadas pelos pacientes sob seus cuidados, o que contribui para o desenvolvimento de um misto de sentimentos no processo do cuidar, que pode ser agravado pela forma de organização do trabalho (COSSI et al., 2105).

O modo de organização do trabalho, as características da instituição, a política econômica vigente, a subjetividade dos profissionais e o contato contínuo com o sofrimento são exemplos de condições adversas de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem, que geram a necessidade de adaptação às infidelidades do meio continuamente, num processo desgastante de organização e reorganização interna. Desse processo, advém a alteração da economia psicossomática, podendo determinar e/ou potencializar o adoecimento físico e psíquico (SOUZA; LISBOA, 2002).

É relevante destacar ainda que o cuidado ao paciente com câncer traz múltiplos significados aos trabalhadores, os quais se caracterizam como contraditórios, pois há o desejo de cuidar com excelência, mas existe a repulsa ao que representa o estigma desta doença. Essa situação leva a equipe de enfermagem a confrontar-se com sua própria vulnerabilidade,

participando desde os procedimentos diagnósticos à possibilidade de recidiva e fase final da doença, na qual se pode deparar com a sua terminalidade (BERNARDES et al., 2014).

Apesar de a hospitalização ser muitas vezes imprescindível, o hospital pode tornar-se um ambiente hostil e frio, pois os pacientes com câncer normalmente permanecem longos períodos internados. Sob este aspecto, a enfermagem participa do processo de adoecer e morrer dessas pessoas, sendo, portanto, fundamental proporcionar condições para que a equipe esteja preparada para atuar no ambiente hospitalar oncológico. Porém, o que se observa frequentemente é que essas instituições funcionam com estrutura inadequada e déficit de profissionais, dificultando a promoção da qualidade de vida de pacientes cuja possibilidade de morte é iminente, como, por exemplo, o paciente oncológico em tratamento paliativo (RIBEIRO et al., 2016; SILVA; CRUZ, 2011).

2.2 A pessoa com doença oncológica e suas necessidades biopsicossociais

O diagnóstico de uma doença oncológica pode gerar um impacto biopsicossocial importante, pois é uma enfermidade de vertentes físicas, sociais e emocionais, percebida como fonte de sofrimento e até mesmo de morte, ocasionando sintomas agressivos ao organismo, além de dor, alteração da imagem corporal e outros sintomas. Nesta perspectiva, somam-se também o surgimento de angústias e receios para as pessoas acometidas por tal doença, resultando em uma mistura de sentimentos que poderão envolver também o desespero, a não aceitação da realidade vivenciada, a indignação, a barganha, a necessidade de compaixão e o medo frente às incertezas do futuro (CAMARGOS; MATOS; PENA, 2014).

Enquanto as células normais que formam os tecidos do corpo humano são capazes de se multiplicar por meio de um processo contínuo, natural e ordenado, as células cancerosas crescem de maneira desordenada e incontrolada, formando outras novas células anormais que se dividem de forma rápida e agressiva, espalhando-se para outras regiões do corpo. Essa desordem pode ocasionar o câncer, que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

A doença oncológica é crônica e degenerativa e, por ter elevados índices de morbidade e mortalidade, torna-se epidemiologicamente relevante. O Instituto Nacional de Câncer José

Alencar Gomes da Silva (INCA) estimou a ocorrência de 600 mil casos novos da doença no Brasil entre os anos 2016 e 2017 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015). O câncer ainda carrega consigo forte estigma que o associa à morte, sofrimento e a uma espécie de castigo divino, sendo o medo do sofrimento proveniente da progressão dessa doença e dos efeitos do tratamento um dos elementos que contribuem para tal associação (PINTO; RODRIGUES, 2017).

A doença ainda é mal interpretada e carrega alguns mitos e, por este motivo, todo profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre o câncer de maneira tal que possa informar, assistir e encaminhar os pacientes corretamente, sendo todos, em maior ou menor grau, responsáveis pelo sucesso das ações de controle da doença. Diante da complexidade e variabilidade dos problemas decorrentes do tratamento oncológico, é relevante considerar não somente os aspectos clínicos, mas também os sociais, psicológicos, espirituais e econômicos associados ao câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012; SCANNAVINO et al., 2013).

Além de uma equipe que detenha o conhecimento e as habilidades técnicas necessárias para o atendimento de sua necessidade biológica, o paciente com doença oncológica necessita de um cuidado humanizado, com olhar além das necessidades físicas provocadas pela doença. O cuidado humanizado também está associado à solidariedade, sendo a dignidade humana o fundamento da humanização. A vulnerabilidade do outro requer um cuidado competente, que compreende os aspectos da corporeidade humana e um cuidado pessoal que envolve afeto, sensibilidade e compaixão (WALDOW; BORGES, 2011).

Atenção e um profissional disponível para escutar as queixas e esclarecer questionamentos, de modo extensivo à família, principalmente em relação ao apoio emocional e ao esclarecimento sobre o tratamento e a doença, são necessidades do paciente com câncer. Por tratar-se de uma doença que causa grande sofrimento, a precariedade das condições sociais, econômicas e culturais dos acometidos aumenta a vulnerabilidade social imposta pelo câncer (ZUCOLO; PAULINO; WHITAKER, 2014).

Apesar de ser uma doença complexa e agressiva, existem vários recursos terapêuticos para combater o câncer. Porventura, o curso da doença de muitos pacientes caminha para o prognóstico da terminalidade de vida quando todas as possibilidades para a cura se esgotam, tornando a morte inevitável. Entretanto, o paciente e a família devem receber apoio e acolhimento dos cuidados paliativos, que abordam a morte como um processo natural e que visam a controlar e diminuir todos os sintomas decorrentes da doença, além de aliviar o

sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, incluindo o apoio à família e a atenção ao luto (CAPELLO et al., 2012).

2.3 Cuidado paliativo e suas repercussões para a subjetividade do trabalhador

Os avanços científicos e tecnológicos são responsáveis pelo aumento da expectativa de vida da população, no entanto este aumento não está necessariamente atrelado à melhoria da qualidade de vida. O envelhecimento da população brasileira soma-se a processos de adoecimento com uma maior prevalência de doenças fora da possibilidade de cura e com risco de vida. Este processo normalmente é acompanhado de dor e sofrimento para os pacientes e seus familiares, cabendo aos profissionais de saúde fornecer o suporte necessário para assegurar a dignidade e a qualidade de vida dessas pessoas, destacando-se a relevância dos trabalhadores de enfermagem, por sua proximidade e contínua presença nas ações de cuidado (VASQUES et al., 2013)

No Brasil, onde o câncer representa a segunda maior causa de morte por doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017), os pacientes ainda se deparam com sérios problemas na área da saúde pública, como o difícil acesso aos serviços especializados. É sabido que alguns tipos de câncer têm maior possibilidade de cura quando detectados precocemente, em suas fases iniciais. No entanto, a dificuldade aos serviços de saúde pode retardar o diagnóstico e o tratamento, diminuindo consideravelmente as chances de cura. Desta forma, frente à necessidade de um cuidado mais específico a pacientes fora de possibilidade de cura e com risco de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1990, pela primeira vez, o termo cuidados paliativos, redefinido em 2002 como sendo uma abordagem que promove uma melhor qualidade de vida para pacientes e familiares (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017; VASQUES et al., 2013).

O termo “paliativo” provém do latim *palliun*, que significa manto ou proteção, cuja origem se confunde historicamente com o termo “hospice”, que eram abrigos mantidos por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa, que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. O movimento *hospice* contemporânea data de 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido, o qual prestava assistência integral ao paciente, desde o controle dos sintomas até o alívio da dor e sofrimento psicológico. A

partir de então surge uma nova filosofia no cuidar dos pacientes terminais (HERMES; LAMARCA, 2013).

A abordagem paliativa deve garantir qualidade de vida no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados ao câncer quando este se apresenta em estágio avançado ou ao se esgotarem as possibilidades de tratamento com intenção curativa. Alguns dos princípios e pontos considerados fundamentais no atendimento ao paciente em cuidados paliativos são: o alívio da dor e dos sintomas estressantes, a integração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente, assim como a oferta de um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença, devendo o paciente e sua família ser compreendidos como uma unidade de tratamento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Vasques et al. (2013) verificaram em seus estudos que, apesar do crescente número de pacientes que podem vir a necessitar de tratamento paliativo, ainda são poucos os serviços que contemplam este tipo de cuidado, possivelmente comprometendo a complexidade do atendimento nessa situação de saúde. Atrelado a isto, há o aparente desconhecimento dos trabalhadores da saúde, incluindo a enfermagem, acerca desta filosofia de cuidado. Por vezes, estes profissionais ainda manifestam dificuldade em atuar frente à terminalidade da vida, mobilizados por sentimentos de tristeza, de pesar e de impotência pelo iminente processo de morte dos pacientes.

Fonseca (2014) relata que o exercício do trabalho em saúde propicia ao trabalhador entrar em contato com outro corpo, com outra vida e toda a sua complexidade. Esse contato traz desafios para o trabalhador, pois além de usar seus conhecimentos formais e técnicos e seus conhecimentos tácitos, carrega também seus valores, história, visão de mundo e, ao deparar-se não só com o corpo doente, mas com o sujeito adoecido e com sua família, o trabalhador de saúde é tocado em sua história, em suas emoções e suas identificações. O mesmo autor revela que o trabalhador da enfermagem no âmbito da atenção oncológica, por ocupar a centralidade do cuidado, tem suas habilidades convocadas por usuários e familiares, até mesmo na falta ou na ausência de outras categorias, fato que pode ser excessivo emocionalmente do ponto de vista do trabalhador.

O cuidado de enfermagem ao paciente com câncer em tratamento paliativo requer preparo emocional das equipes, devido à proximidade com o sofrimento dos pacientes e de suas famílias. Os cuidados prestados frente à terminalidade geram desgaste emocional para os profissionais de enfermagem, pois o contato cotidiano com a morte não é nulo de sofrimento, apesar das estratégias de defesa engendradas. A morte é um processo vital negado

socialmente e, quando somada a uma abordagem não curativa do tratamento, torna-se elemento relevante a ser considerado na gestão da equipe de enfermagem que atua em cuidados paliativos. Mais do que o desgaste emocional, existe uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, devido à dificuldade dos gestores no dimensionamento de recursos humanos para os cuidados paliativos (FONSECA, 2014; FULY et al., 2016).

Deste modo, assim como o cuidado ao paciente em tratamento paliativo é considerado um conjunto multifatorial que inclui diferentes abordagens e perspectivas, compreendo que a subjetividade do profissional de enfermagem deve perpassar pela mesma singularidade e atenção, uma vez que o profissional, ao conviver com o processo de morte, está exposto ao sofrimento psíquico e deverá se proteger da ansiedade que todo contexto de trabalho oferece para atender com qualidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

O percurso metodológico deste estudo ocorreu por meio da abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Considerando investigar as estratégias coletivas, as quais se inscrevem na dimensão subjetiva dos indivíduos, ponderou-se apropriada a abordagem qualitativa, uma vez que possibilita a apreensão de valores, percepções, significados e experiências de vida de indivíduos, relevantes para a apreensão do objeto de estudo. Portanto, a pesquisa qualitativa mostrou-se apropriada para esta investigação porque busca captar aspectos imateriais relacionados à subjetividade da equipe de enfermagem (MINAYO, 2014).

Sobre a pesquisa descritiva, é aquela que expõe as características de determinada população ou fenômeno e define sua natureza (VERGARA, 2016). Já a pesquisa exploratória procura desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, visando a formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

Nesse sentido, esta configuração metodológica permitiu a apreensão do objeto, pois teve estreita vinculação com a subjetividade, sentimentos, valores e emoções dos participantes enquanto discorriam sobre o trabalho com pacientes em situação oncopaliativa.

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário do estudo foi um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, de grande porte, que ocupa 44 mil m² de área construída, com capacidade para 525 leitos. Tal instituição conta com mais de 60 especialidades e subespecialidades, dividindo-se em atendimento ambulatorial, internação hospitalar e pesquisa. Em relação aos recursos humanos, esse hospital possui funcionários efetivos e contratados, além de estagiários, internos, residentes e pós-graduandos. Atualmente, devido à crise financeira pela qual passa o estado fluminense, a instituição vive uma fase de contingenciamento, que resultou, entre outros aspectos, na redução de mais de 300 leitos, tendo em funcionamento apenas 200. Essa medida foi adotada devido à crise de recursos materiais e à falta de pagamento de servidores.

A pesquisa ocorreu especificamente em três enfermarias cirúrgicas, que têm por característica primária atender pacientes em períodos pré e pós-operatórios de cirurgia geral, cirurgia torácica e urologia. No entanto, devido à crise financeira que acometeu o hospital nos últimos dois anos, estas enfermarias vêm recebendo pacientes cirúrgicos de diferentes especialidades. As três enfermarias disponibilizam um total de 58 leitos e contam com 82 profissionais de enfermagem (sendo 9 enfermeiros e 73 técnicos de enfermagem), além de serem campos de prática para residentes de enfermagem.

Cabe salientar que as transformações decorrentes de sucessivas crises financeiras ocasionaram o surgimento de inúmeros problemas, inclusive de infraestrutura, impossibilitando a acomodação de pacientes em espaços apropriados, condicionando estes a internações em clínicas que não estavam preparadas para atendê-los em suas peculiaridades de tratamento. As condições adversas de trabalho refletiram-se também em transtornos para a saúde dos trabalhadores, portanto o local de pesquisa possibilitou descortinar inúmeras condições laborais que contribuíram para reforçar ou gestar estratégias coletivas de defesa.

Vale ressaltar que estas enfermarias foram contempladas como cenário, pois o perfil da clientela e a dinâmica do setor corresponderam ao critério de inclusão dos participantes descritos a seguir.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram enfermeiros, residentes de enfermagem em clínica cirúrgica e técnicos de enfermagem que atuam nas unidades de cirurgia geral, cirurgia torácica e urologia. Procurou-se adotar a diversidade dos participantes a fim de permitir a identificação e a compreensão de diferentes percepções sobre a temática, possibilitando, assim, a riqueza de informações coletadas.

Elencaram-se como critério de inclusão trabalhadores da equipe de enfermagem que atuassem nos referidos cenários há pelo menos um ano, pois se entendeu que este é um tempo razoável para discorrer sobre situações que envolvem o objeto de estudo.

Conforme ressaltado anteriormente, também foram incluídos enfermeiros residentes do segundo ano, pois estes já passaram pelos cenários da pesquisa e, assim como os demais funcionários participantes, obtiveram um ano de prática nos referidos cenários, vivenciando estreitamente a dinâmica laboral com pacientes em situação oncopaliativa. Salienta-se que

foram excluídos da pesquisa trabalhadores que estavam de férias e licença no momento da coleta de dados, bem como residentes de enfermagem do primeiro ano.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se o total de 18 participantes, sendo três enfermeiros, onze técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros residentes. Os participantes foram denominados por meio de códigos, a fim de garantir o anonimato e o sigilo dos trabalhadores que contribuíram com o estudo. Desse modo, designou-se a letra “P” para os participantes, seguida de um numeral cardinal, apresentando-se da seguinte forma: P1, P2, e assim sucessivamente.

Não houve recusas à participação na pesquisa, porém a maior dificuldade na execução dos grupos focais foi reunir a equipe em um espaço reservado e fora das suas unidades de trabalho, pois muitos estavam de plantão nos dias de realização dos grupos focais e se fazia necessário deixar seus locais de trabalho pelo período de aproximadamente 1 hora e 30 minutos para a realização da pesquisa. Neste sentido, tinha-se que garantir que outros trabalhadores assumissem as atividades laborais dos participantes durante as realizações dos grupos, o que foi efetuado por meio da disponibilidade do enfermeiro supervisor do andar das clínicas selecionadas, bem como do enfermeiro coordenador dos setores de clínica, entre outras estratégias de remanejamento de pessoal.

3.4 Coleta de dados

Para coleta de dados foi escolhida a técnica de grupo focal, estratégia na qual o pesquisador reúne, em um mesmo local e durante certo período, um grupo de pessoas que fazem parte do público-alvo da investigação. Seu objetivo é coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre os participantes, informações a respeito de um determinado tema. Seu uso é particularmente apropriado quando se objetiva explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão durante as reuniões é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas pensam ou sentem ou, ainda, sobre a forma como agem (SEVERINO, 2016; VERGARA, 2016).

Esta técnica de coleta de dados vem ao encontro dos objetivos da psicodinâmica, pois, de acordo com Mendes (2007, p. 93):

Para a psicodinâmica, a produção da fala deve se dar no coletivo do trabalhador; não interessam opiniões individuais, mas as vivências experimentadas por todo um grupo submetido ao mesmo modelo de organização do trabalho [...], a pesquisa clássica em psicodinâmica é realizada por meio de sessões coletivas com os trabalhadores [...] (MENDES, p. 93).

Salienta-se que o grupo focal pode ofertar inúmeras possibilidades, não sendo apenas uma ferramenta para coletar dados; constitui-se em dispositivos de intervenção, em que se parte de uma proposta investigativa, a qual viabiliza discussões e elaboração de estratégias para solucionar problemas e transformar realidades, pautando-se na aprendizagem e na troca de experiências sobre uma questão em estudo, e torna os participantes protagonistas, na medida em que aprendem, dialogam e participam da construção dos resultados da pesquisa (DALL'AGNOL et al., 2012).

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, é recomendado o número mínimo de 6 e o máximo de 15. Uma característica básica dos grupos focais diz respeito à homogeneidade. A similaridade dos membros do grupo evita interações e conflitos a propósito de questões secundárias. Além disso, os participantes devem ter tido uma experiência adequada com o objeto ou problema em discussão (deve-se a isso a eleição pelo período de um ano contínuo de experiência profissional como critério de inclusão dos participantes desta pesquisa). O contexto físico para os grupos focais também é importante, a fim de proporcionar atmosfera descontraída e informal, estimulando comentários espontâneos. Cabe ao moderador assegurar que estará disponível uma sala agradável para o encontro; ambiente climatizado, mesa, cadeiras confortáveis e lanches são bem-vindos. (MALHOTRA, 2011)

Normalmente, a sessão de um grupo focal dura de uma hora e meia a duas horas. Esse período é necessário para estabelecer uma relação com os participantes e percorrer a fundo suas sensações, ideias, atitudes e percepções sobre o assunto de interesse. O conteúdo emanado do grupo é invariavelmente gravado, para reapresentação, transcrição e análise subsequente. Devem-se registrar as expressões faciais e os movimentos corporais, pois são informações importantíssimas para interpretação posterior. O moderador do grupo deve estabelecer relação com os participantes, manter a discussão ativa e motivar os integrantes a exporem suas opiniões mais contidas. Além disso, o moderador pode desempenhar um papel central na análise e interpretação dos dados (GIL, 2008; MALHOTRA, 2011; VERGARA, 2016).

Posto isso, já que o grupo focal é realizado em dia e horário específico, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os participantes foram

convidados para contribuir com esta pesquisa e avisados com antecedência das datas propostas para a realização dos grupos focais, de modo a assegurar que estariam disponíveis. Os grupos foram realizados em uma sala de reuniões do serviço de treinamento e avaliação de enfermagem, reservada previamente, localizada no terceiro andar do hospital cenário da pesquisa.

Este espaço foi escolhido por ser confortável, agradável, climatizado e livre de barulho. Foram realizadas três reuniões em dias diferentes com três grupos homogêneos, sendo o primeiro grupo formado por três técnicos de enfermagem e três enfermeiros residentes em clínica cirúrgica, o segundo grupo por quatro técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um enfermeiro residente em clínica cirúrgica e o terceiro grupo formado por dois enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem. Houve atraso na chegada dos participantes dos três grupos à sala de reuniões, devido à dificuldade em se ausentarem do setor no horário combinado. Agendou-se no período da manhã, horário de maior demanda da assistência de enfermagem, no entanto este horário foi o escolhido porque havia mais trabalhadores que pudessem participar da pesquisa.

Conforme mencionado anteriormente, a fim de garantir a continuidade da assistência dos pacientes das enfermarias cirúrgicas, foi realizado ajuste na escala de funcionários, com remanejamento de duas técnicas de enfermagem de diferentes plantões e apoio da supervisão de enfermagem. Para que a equipe de enfermagem da enfermaria de cirurgia torácica se ausentasse sem prejuízos à assistência, o enfermeiro coordenador das clínicas cirúrgicas se propôs a permanecer na unidade com uma técnica de enfermagem durante todo o período da realização do grupo focal.

Na sala de reuniões, os participantes sentaram de frente uns para os outros em uma mesa redonda para facilitar a interação entre eles. Um lanche foi disponibilizado durante as reuniões para que eles se sentissem mais acolhidos, além de assegurar que a fome e a sede não os desconcentrariam das discussões.

A equipe de trabalho responsável pela realização do grupo focal foi composta pela pesquisadora, que exerceu a função de moderadora e uma residente de enfermagem do primeiro ano, devidamente treinada para obter todas as expressões verbais e corporais possíveis dos participantes da pesquisa. Coube à moderadora guiar a discussão por meio de perguntas, mantendo o grupo focado no tema a ser discutido e assegurando que todos os participantes fossem ouvidos. À residente de enfermagem foi dada a tarefa de anotar detalhadamente os comentários dos participantes, o comportamento do grupo e mudanças

importantes na discussão. Para assegurar que toda a discussão fosse registrada, as reuniões foram gravadas, com auxílio de gravador de voz, após consentimento prévio.

A moderadora iniciou a reunião expondo a importância de respeitar a opinião de cada participante, assim como estabeleceu que uma pessoa falasse de cada vez, evitando conversas paralelas e dispersão, dando a cada um a mesma oportunidade de participar da discussão. Logo após, foram expostos os objetivos do grupo focal e os participantes procederam às apresentações pessoais. Para iniciar e conduzir a discussão, a moderadora seguiu um roteiro de perguntas que estão contidas no APÊNDICE B.

Após este processo de discussão sobre as questões geradoras de debate, a moderadora resumiu a informação ou conclusões discutidas, a fim de que os participantes esclarecessem ou confirmassem os discursos. Ao final, a moderadora agradeceu aos participantes.

Destaca-se que o primeiro grupo focal obteve um total de 80 minutos de duração, cujos relatos foram acompanhados por expressões de tristeza, negação, raiva, angústia, reflexão, choro, cabeça baixa, expressões desestimuladas, voz embargada, sorriso emotivo e sorrisos de cumplicidade entre os membros. O segundo grupo focal obteve um total de 86 minutos de duração, onde foram observadas expressões de sofrimento, agitação, emoção, falas aborrecidas e irritadas, expressões reflexivas, como igualmente sorrisos de cumplicidade entre os membros. Já o terceiro grupo obteve 82 minutos de duração, no qual também foram observadas expressões de emoção, reflexão e tristeza.

A fim de complementar as informações coletadas e enriquecer o estudo, optou-se por trabalhar também com o método de observação participante nas enfermarias escolhidas para serem cenário do estudo. Por meio da observação, pretendeu-se retratar o cotidiano de trabalho em detalhes e associá-lo aos comportamentos que podem ser influenciados pelo cenário de trabalho dos participantes da pesquisa, com olhar atento para distinguir fatos corriqueiros de fatos de potencial importância. Sobretudo, pretendeu-se captar possíveis estratégias coletivas de defesa adotadas pelo grupo de trabalhadores de enfermagem, bem como quando e por que o grupo aplica tais estratégias.

Minayo (2013) define observação participante como o processo pelo qual um pesquisador se coloca como espectador atento e crítico de uma situação social. Sua finalidade é realizar uma investigação científica, cuja filosofia que a fundamenta é a necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro. Para tanto, recomenda-se a utilização de um diário de campo para registro das observações.

Nesse sentido, a pesquisadora elaborou um instrumento, o qual consta como Apêndice C, a fim de registrar situações remetidas ao âmbito dos sentimentos e do uso de estratégias coletivas de defesa, com o fito de conseguir maior fidedignidade e não correr o risco do esquecimento ao se analisarem os dados coletados. A observação participante foi feita nas unidades de estudo e durou em média uma hora e meia a duas horas, em dias alternados de segunda à quinta-feira, alternando entre os turnos da manhã e tarde, no período entre 30 de julho e 20 de agosto de 2018. Salienta-se que por ser funcionária do hospital e conhecida pelos participantes, a presença como observadora pareceu não causar estranhamentos ou modificações no *modus operandi*, o que foi considerado um aspecto positivo neste processo de coleta de dados.

3.5 Método de análise

O tratamento e análise dos dados foram realizados segundo a técnica de análise temática de conteúdo, que consiste na busca dos “núcleos de sentidos” que estão inseridos em uma comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

O processo de análise foi organizado em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados. A primeira fase, pré-análise, compreendeu a leitura geral do material eleito para a análise; no caso, as falas produzidas pelos grupos focais, já transcritas.

Na pré-análise, o material foi organizado, compondo o *corpus* da pesquisa. Escolheu-se os documentos, formulou-se hipóteses e elaborou-se indicadores que nortearam a interpretação final. Foi fundamental observar as seguintes regras:

- a) exaustividade: todo assunto deve ser esgotado sem omissão de nenhuma parte;
- b) representatividade: preocupa-se com amostras que espelhem o universo pesquisado;
- c) homogeneidade: nesse caso, os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes;
- d) pertinência: é necessário que os documentos sejam adaptados aos objetivos da pesquisa;

e) exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, a de exploração do material, o texto de toda informação coletada foi recortado em unidades de registro (UR). Para Bardin (2011), uma UR significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase, que pode ser significativa ou, ao contrário, a ausência de determinados elementos pode bloquear ou traduzir a vontade escondida. Também se deve levar em conta, nesse processo, a frequência em que aparece a UR; a intensidade medida através dos tempos dos verbos, advérbios e adjetivos; a direção favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados (positivo ou negativo); a ordem estabelecida nos registros, ou seja, se o sujeito A aparece antes do B e, por fim, a presença simultânea de duas ou mais UR numa unidade de contexto.

Na terceira fase, fase de interpretação dos dados, o pesquisador retorna ao referencial teórico, embasando as análises e dando sentido à interpretação por meio da captura dos conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (BARDIN, 2011).

As sessões dos grupos focais, gravadas em áudio MP3, foram cuidadosamente ouvidas, transcritas na íntegra e registradas em documento do *Microsoft Office Word*, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço entre linhas de 1,5 cm, resultando em um arquivo com 33 páginas, caracterizando, assim, o *corpus* de análise. Após esse procedimento, realizou-se a leitura flutuante exaustiva do conjunto de textos para familiarização dos conteúdos e, posteriormente, iniciou-se a fase de exploração do material, referente às operações de codificação, tomando os dados brutos e transformando-os com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 2011). Ainda nesta etapa, realizou-se identificação e codificação das UR, que são unidades de segmentação ou recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto de texto para análise (OLIVEIRA, 2008).

Essas unidades foram selecionadas pelo sentido que apresentavam e, para registrá-las, foram destacados trechos importantes, a fim de atender aos objetivos propostos; tendo, assim, significação para a pesquisa. Após a codificação por tema, as UR foram codificadas com números, resultando num total de 228 UR.

Em sequência, as UR foram agrupadas e classificadas em unidades de significação (US) ou temas. O conjunto de UR semelhantes é representado por uma US. As US são unidades de compreensão e correspondem a um segmento da mensagem, cujas dimensões são superiores às da UR, pois permitem compreender a significação das UR de acordo com seu contexto (BARDIN, 2011).

Foram delimitadas 13 US, agrupadas conforme as características que possuíam em comum e posteriormente reagrupadas, dando origem a três categorias que foram denominadas da seguinte forma (APÊNDICE G):

- a) configurações da organização do trabalho e a problemática da assistência ao paciente com doença oncopaliativa (categoria com um total de 62 UR (27,19%));
- b) sentimentos decorrentes do processo de cuidar/cuidado ao paciente com doença oncopaliativa (categoria com 125 UR (54,82%));
- c) estratégias defensivas adotadas para o cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa (categoria com 41 UR (17,98%)).

Na fase de interpretação dos dados, os resultados brutos foram tratados de maneira a se tornarem significativos, a partir das bases teóricas do estudo (BARDIN, 2011).

3.6 Procedimentos éticos

Em observância aos princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos e em atenção à Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi apresentado aos participantes em duas vias e assinado pelo participante e pela pesquisadora, após a aquiescência dos mesmos sobre o teor da pesquisa. Uma via do TCLE ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

Por meio do TCLE (APÊNDICE D), os participantes foram orientados sobre o objeto e os objetivos do estudo, bem como foi garantido legalmente o anonimato dos participantes; explicitaram-se os benefícios e possíveis incômodos da pesquisa. Nesse termo consta o nome e telefone da pesquisadora responsável pelo estudo para, em caso de dúvidas, os participantes poderem contatá-la. Ressalta-se também que o TCLE contém uma informação de que os participantes poderão decidir declinar a sua participação em qualquer momento de seu desenvolvimento, cuja decisão não trará nenhum tipo de prejuízo para eles.

O projeto também foi encaminhado à Coordenação de Enfermagem e Direção da instituição e, após parecer favorável ao seu desenvolvimento, o estudo foi registrado junto ao CEP, obtendo parecer positivo, com Protocolo nº 2.601.416, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética em Pesquisa (CAAE) sob o nº 81886917.7.0000.5282 (ANEXO). Após

aprovação pelo referido órgão, teve início a coleta de dados. Os dados coletados ficarão sob guarda da pesquisadora e mantidos em sigilo pelo período de cinco anos (conforme Resolução CNS 466/12). Após este período, os mesmos serão incinerados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Neste capítulo, apresenta-se inicialmente a caracterização dos participantes da pesquisa, por ser relevante para enriquecer os dados que surgiram durante a aplicação dos grupos focais, além de favorecer a apresentação com clareza e objetividade de algumas particularidades do grupo estudado, os quais ajudam na compreensão do objeto de estudo.

Participaram do estudo 18 profissionais de enfermagem: três enfermeiros, onze técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros residentes. Em relação ao sexo dos participantes, cinco (27,7%) são homens e treze (72,2%) mulheres, corroborando a trajetória histórica da profissão, com predomínio do sexo feminino (MATOS, 2013). A idade dos participantes variou de 25 a 62 anos, com média de 40 anos. Com relação ao estado civil, doze (67%) são casados e com filhos.

Sobre a faixa etária predominante neste estudo, Machado et al. (2016) afirmam que a enfermagem brasileira é constituída de adultos jovens, revelando uma profissão com um caráter de rejuvenescimento neste quesito. Também é possível asseverar que, por conta de a enfermagem enfrentar todos os riscos ocupacionais mapeados no seu processo de trabalho e devido às condições inadequadas de muitos cenários laborais, os trabalhadores acabam por adoecer e migrar para locais de atuação menos penosos ou são readaptados para funções diferentes daquelas da enfermagem. Outrossim, há aposentadorias precoces por doenças e por sequelas, que retiram do mundo do trabalho pessoas no auge de suas vidas produtivas (ALVAREZ et al., 2017).

Um dado relevante é que dos onze técnicos de enfermagem participantes, seis (54,5%) apresentavam escolaridade de nível superior, sendo quatro enfermeiros, uma psicóloga e uma fisioterapeuta.

A motivação para a busca pela graduação em enfermagem por auxiliares e técnicos pode ser encarada como uma tentativa de melhoria das atividades profissionais, ampliação do conhecimento científico e possibilidade de mudança de status dentro da equipe de saúde. Porém, a inserção no mercado de trabalho como enfermeiros esbarra na questão salarial já que, como auxiliares e técnicos de enfermagem neste cenário, tais profissionais, pelo tempo

de serviço, têm maior rendimento do que como enfermeiros em início de carreira (COLENCI; BERTI, 2012; MONTEIRO et al., 2014).

O quadro 2 evidencia a formação e qualificação dos participantes e função exercida na instituição cenário da pesquisa.

Quadro 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com a formação acadêmica e função exercida no campo da pesquisa

Participantes	Nível de formação acadêmica	Função exercida
P1	Nível médio (técnico de enfermagem)	Técnico de enfermagem
P2	Especialização (enfermeiro)	Técnico de enfermagem
P3	Graduação (enfermeiro)	Enfermeiro residente
P4	Graduação (enfermeiro e fisioterapeuta)	Técnico de enfermagem
P5	Especialização (enfermeiro)	Enfermeiro residente
P6	Especialização (enfermeiro)	Enfermeiro residente
P7	Graduação (enfermeiro)	Técnico de enfermagem
P8	Especialização (enfermeiro)	Enfermeiro
P9	Graduação (enfermeiro)	Técnico de enfermagem
P10	Graduação (psicólogo)	Técnico de enfermagem
P11	Nível médio (técnico de enfermagem)	Técnico de enfermagem
P12	Graduação (enfermeiro)	Enfermeiro residente
P13	Mestrado em Enfermagem	Enfermeiro
P14	Especialização (enfermeiro)	Enfermeiro
P15	Especialização (enfermeiro)	Enfermeiro
P16	Nível médio (técnico de enfermagem)	Técnico de enfermagem
P17	Nível médio (técnico de enfermagem)	Técnico de enfermagem
P18	Graduação (enfermeiro)	Técnico de enfermagem

Fonte: A autora, 2018.

4.2 Categoria 1: Configurações da organização do trabalho e a problemática da assistência ao paciente com doença oncopaliativa

A presente categoria analisa a configuração da organização do trabalho segundo o ponto de vista dos participantes sobre os aspectos estruturais, condições de conforto ao

paciente, processos de comunicação em equipe, e, ainda, sobre a problemática da formação profissional e seus reflexos na maneira como os profissionais encaram e enfrentam o processo de assistência ao paciente com doença oncopaliativa.

Serão abordadas as seguintes unidades de significação (US):

- a) pontos de vista sobre a organização do trabalho: estrutura física;
- b) processo de comunicação intrincado entre os membros da equipe multidisciplinar;
- c) qualificação profissional deficitária para o processo de cuidado de pacientes com doença oncopaliativa;
- d) atenção ao conforto do paciente com doença oncopaliativa.

Cabe salientar que esta categoria obteve um quantitativo de 62 unidades de registro (UR) (27,19% do total de UR), englobando um conjunto de 36 entradas. Neste sentido, verifica-se que a primeira US foi averbada por 14 participantes, a segunda por 8, a terceira por 7 e a quarta por 7.

Enfocando especificamente a questão das instalações físicas, foi possível constatar, por meio da fala dos participantes e da observação participante efetuada nas unidades-cenários desta pesquisa, que a estrutura física é inadequada e nada funcional para a prestação de cuidados paliativos.

Não tem suporte em termos de estrutura. [...] não tem estrutura nenhuma a começar pelo oxigênio [O₂], onde nem todas as saídas de O₂ funcionam [...] é muito complicado porque a gente tem que correr atrás de tudo (P1).

O funcionamento da rede de oxigênio hospitalar é de extrema importância, pois a falta de ar é um sintoma, de origem multifatorial, bastante comum em pacientes na fase final de vida e ocorre em torno de 30% a 75% dos doentes em cuidados paliativos. As possibilidades de terapias farmacológicas são muitas, considerando sempre o fator desencadeante. Todavia, concomitante aos fármacos e medidas de conforto, o uso de oxigênio suplementar é frequentemente necessário (VICENSI et al., 2016).

A planta física e a carência de materiais permanentes para a assistência também foi citada por um profissional, durante trabalho de observação do campo. Ao auxiliar o paciente na ida até o banheiro, o profissional de enfermagem relatou a preocupação no trajeto, pois o mesmo apresentava muita dificuldade em caminhar levando consigo o suporte de soro. Observei que o suporte era antigo, pesado, feito de ferro, além de não possuir rodinhas. Além disso, o profissional comentou que o paciente havia questionado dentro do banheiro em qual

pia lavaria as mãos. A dúvida se deve ao fato de que no mesmo espaço físico do banheiro há a pia/expurgo do setor. O ambiente do expurgo não está nos padrões recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 50/2002 define sala de utilidades ou expurgo como o ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente, assim como serve de local de guarda temporária de resíduos. Deve ser dotada de pia e/ou esguicho de lavagem e de pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75mm no mínimo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Nesta perspectiva, tal configuração física e funcionalidade da sala de expurgo não foi observada durante a coleta no campo, e salienta-se que foi sistematicamente enfatizada como ruim e inadequada durante os grupos focais, logo, chocando-se com o preconizado.

Outra questão levantada nos grupos focais que se relaciona à infraestrutura trata da ausência de privacidade do paciente. A privacidade não se relaciona somente à exposição do corpo ou genitália, mas também se refere ao contexto emocional, bem como à confidencialidade de informações pessoais de cada indivíduo. Com isso, a equipe de enfermagem deve ter conhecimento sobre as questões que envolvem a privacidade do paciente, já que preservar a dignidade e a privacidade é um dos princípios do cuidado paliativo, que fundamentam esse modelo assistencial, além de ser um dever do profissional de enfermagem, estabelecido no art. 43 da Resolução nº 464, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Vamos começar pela planta física. Hoje a planta física das enfermarias já não condiz com a realidade dos hospitais modernos. Hoje em dia não existem mais enfermarias abertas com dez leitos onde o paciente não tem a sua privacidade. Então, quando você se defronta com o paciente em tratamento paliativo [...] ele fica dentro de uma enfermaria que é composta de dez, doze leitos sem nenhuma preservação das condições física e emocional destas pessoas (P8).

[...] a enfermaria não tem preparo, é som alto, é televisão alta, cada um com seu aparelho de TV. Um ri, o outro brinca, o outro come e ele não pode fazer nada daquilo. [...] O paciente não tem nada na enfermaria que dê um pouco de descanso, privacidade, tudo que ele precisa naquele momento (P11).

Paciente em cuidado paliativo tem que ser mais preservado [...]. Eles querem privacidade. Às vezes o paciente está chorando de dor e o ambiente com certeza não é o ideal (P15).

Um ambiente com privacidade deveria ser o principal neste cuidado. Nós não temos porque a enfermaria é aberta, o paciente fica exposto a todos (P18).

O paciente em cuidados paliativos tem corpo e mente vulneráveis e, expostos em tal contexto, logo são precípuos o enfoque à privacidade e a preservação de um ambiente calmo e harmonioso. Nesta perspectiva, verificou-se que a organização do trabalho precisa considerar esta condição especial e diferencial, na qual o paciente está passando por um processo de finitude da vida e minimamente devem-se respeitar as reflexões e as inquietações que ele vivencia durante este processo.

Problemas estruturais são relatados ainda no que se refere ao conforto do paciente em cuidados paliativos. Para proporcionar o bem-estar deste paciente, o enfermeiro está ciente que precisa realizar ações para confortar e humanizar o ambiente, além de ofertar os cuidados básicos e fisiopatológicos que o paciente necessitar, atendendo seus desejos sempre que possível (HERMES; LAMARCA, 2013). No entanto, o que se verificou, tanto nas observações quanto nas falas que emergiram nos grupos focais, é uma situação inversa ao preconizado na literatura.

Deixa um pouco a desejar na questão de ambiente. Poderia ser um pouco melhorado a questão da pintura, do chão, de tudo. Tudo que eu falo é o ambiente completo, pois não é porque o paciente está em cuidados paliativos que a gente pode deixar ele no ambiente que não traz nenhum tipo de conforto. [...] o ambiente tinha que ser melhorado para esse paciente (P4).

Então o ambiente tem que ser diferenciado. A gente sabe muito bem que o conforto faz toda diferença [...] e ali não tem conforto (P6).

Tais discursos podem ser atribuídos ao significado de que, apesar de os cuidados paliativos não terem como objetivo a cura, não implica dizer que não possa ser oferecida melhora do estado do paciente, indo ao encontro da definição desses cuidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que integra alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento de pacientes que sofrem de doenças crônico-degenerativas e/ou que estão em fase final de vida, na perspectiva de promover conforto e bem-estar (BARROS et al., 2013).

Faz-se necessário salientar que duas das três enfermarias escolhidas como cenários para a pesquisa, não são climatizadas. As unidades são amplas e possuem ventiladores, porém, os aparelhos não são capazes de garantir conforto ao paciente, especialmente no verão.

Ainda corroborando as falas anteriores, durante o trabalho de observação do campo, foi possível verificar a preocupação de uma técnica de enfermagem com o conforto de um paciente em tratamento oncopaliativo, internado na unidade. A profissional, após dispensar os cuidados de higiene no leito, queixou-se com os seus colegas de que o colchão possuía rasgos e disse que aquele fato poderia estar causando dor e desconforto ao paciente. Ao ouvir de sua

colega que não havia outro colchão em melhor estado para fazer a substituição, a mesma profissional providenciou um colchão pneumático para sobrepor ao colchão do cliente, na tentativa de proporcionar conforto.

Para proporcionar comodidade e aconchego ao paciente em situação de terminalidade, a equipe de enfermagem deve realizar ações para confortar o paciente, tais como: uma temperatura ambiente agradável; um leito limpo e colcha adequados; temperatura da água do banho conforme desejo e costume do paciente; mesa de cabeceira organizada e limpa, com acesso fácil a seus objetos pessoais; banheiro de fácil acesso e higienizado; ambiente sem ruídos indesejáveis; enfim, condições que proporcionem alívio e aconchego (HERMES; LAMARCA, 2013).

A gente às vezes vê a felicidade do paciente quando consegue tomar um banho no chuveiro e a gente sabe que aquele banho pode fazer toda a diferença, o paciente já se sente melhor na hora (P6).

Cuidados paliativos são dispensados com a finalidade de proporcionar conforto, aliviando o sofrimento. Dada a multidimensionalidade das ações, a assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos deve ser promovida por uma equipe multidisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2012).

A relação de trabalho entre a equipe multiprofissional vai exercer influência direta na assistência prestada ao paciente em cuidados paliativos. Deste modo, torna-se fundamental que a integração entre os membros da equipe seja harmônica, clara, sem ruídos, para priorizar o conforto e a qualidade de vida deste paciente (CARDOSO et al., 2013).

A comunicação entre os membros da equipe de saúde pode determinar a tomada de decisões coerentes e apropriadas. O recorte do discurso do participante P3 descreve sua vivência acerca da comunicação entre a equipe multiprofissional:

Eu percebo também que as equipes multiprofissionais elas não conversam entre si. Às vezes demoram muito tempo para estabelecer que o paciente é de tratamento paliativo e aquele paciente fica naquele processo de sofrimento contínuo [...] eu sinto essa falta de comunicação entre as equipes e entre os plantões diários aqui no hospital (P3).

Comunicação é uma palavra derivada do termo latino *communicare*, que significa “partilhar, participar algo, tornar comum”. A dificuldade dos profissionais de se expressarem com seus colegas de trabalho é uma barreira para a interação e o trabalho em equipe. Ademais, a comunicação ineficaz pode repercutir em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis, pois, se a mensagem não é transmitida ou não é efetuada com clareza, há a probabilidade de desenvolver a tarefa laboral de forma equivocada e indevida (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Algumas situações, como a presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável, e a falta de possibilidades concretas de resposta ao tratamento específico, delimitam a aproximação da terminalidade da vida. Entretanto, nem sempre é possível estabelecer o início do processo de palição, especialmente porque a maioria dos profissionais médicos, que conduzem e ditam as diretrizes de muitas terapêuticas no ambiente hospitalar, objetiva a cura de forma sistemática, prolongando, desta forma, a vida orgânica desse paciente (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Por conseguinte, apesar desta dificuldade, a comunicação entre a equipe de enfermagem, entre profissionais de enfermagem e a equipe médica, e entre os demais membros da equipe de saúde sobre questões do final da vida deve ser eficaz, a fim de evitar conflitos e tensões desnecessárias para os profissionais e, principalmente, para os doentes e familiares.

Esta situação foi salientada nos grupos focais, conforme exemplificado a seguir:

A questão da assistência é realmente a falta de comunicação. Cada médico adota uma conduta e essa comunicação acaba não passando para o resto da equipe [...] então a gente tem que correr atrás mesmo, saber se o médico vai fazer prescrição, ficar ligando. Por que isso? Porque é um paciente oncológico paliativo? (P4).

A comunicação é muito difícil [...] você vê que muitas vezes as pessoas não se preocupam nem em ler o prontuário, o profissional de referência às vezes interna o paciente fora de clínica e não conversa com a equipe, não se comunica de forma adequada. Isso influi diretamente no paciente. Prejudica o paciente que é o protagonista da situação. Você vê que muita coisa poderia ser evitada se o serviço responsável chegasse à unidade e se comunicasse adequadamente (P5).

Evidencia-se que as falas apontadas envolvem não só um problema de comunicação, mas também contém implicações éticas. A assistência ao paciente por uma equipe multiprofissional prevê a articulação de saberes, por meio da interação e diálogo horizontal, imprescindível ao trabalho em equipe. Manter um bom relacionamento com os demais membros da equipe multidisciplinar em saúde se faz indispensável não somente para se

estabelecer a harmonia e a ética entre os profissionais, mas para a manutenção da qualidade e continuidade da assistência (BACKES et al., 2014).

O participante P5 aborda a questão das internações de pacientes fora de clínica. Esses pacientes, geralmente provenientes da clínica médica, têm uma patologia de base não cirúrgica e acabam internados nas unidades cirúrgicas por falta de vagas em suas unidades de referência, não sendo atendidos pelos médicos cirurgiões, e sim pelos serviços responsáveis. Tal situação, além de causar estranhamento nas equipes, é um obstáculo para a manutenção da qualidade da assistência, pois quando a equipe recebe um paciente cuja enfermidade não é de sua especialidade, há o risco de os trabalhadores não dominarem o conhecimento técnico e científico demandado pela patologia do doente. Outrossim, quando há uma internação fora de clínica, a equipe médica da especialidade que admitiu o doente se localiza em outro espaço físico em que se encontra o paciente, desta forma, ocorre uma inconstância nas avaliações e em quem acompanha este doente, pois tem-se dificuldade de deslocamento dos profissionais. Isso gera prejuízos de comunicação, de interação entre as equipes e, desse modo, na qualidade da assistência prestada.

As equipes de outras áreas, no contexto hospitalar, com uma prática organicista e curativa, não favorecem a palição aos pacientes que sofrem de doenças sem possibilidade de cura, provocando uma dificuldade de compreensão ao indivíduo e seu familiar sobre este processo paliativo. Tal atitude desfavorece o trabalho da equipe, que poderia auxiliar não só doentes e famílias, como também as equipes de outras áreas de atuação (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Não tem essa caracterização de uma equipe multidisciplinar em prol disso. Aqui não existe uma orientação para cuidados paliativos. Se a gente reunisse o médico, o técnico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, poderíamos ver o que a gente conseguiria fazer de melhor para o paciente. Você não encontra quem assuma isso (P7).

Eu reparo que existem muitas dúvidas na própria equipe em relação ao cuidado com este paciente na fase paliativa [...] a equipe não está preparada para esses cuidados e eu também não me sinto preparada (P5).

O que me incomoda é inexperiência dos profissionais em relação a atender o paciente em estado paliativo, porque as pessoas não têm essa visão do conforto e de como conduzir esses casos (P14).

O trabalho em equipe é fundamental nas organizações de saúde, pois os cuidados prestados visando o processo saúde-doença da população são complexos, multifacetados, envolvendo uma variedade de tecnologias e conhecimentos que permeiam várias profissões.

Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente.

No trabalho em saúde, faz-se essencial aprender a interagir com o próximo, pois as atividades executadas em equipe não se estabelecem de modo automático, sendo necessário um processo de desenvolvimento de habilidades específicas, as quais envolvem inteligência emocional, conhecimentos e vivências da dinâmica interpessoal e intergrupar (NAVARRO et al., 2013). Neste sentido, deve ser uma estratégia das organizações do trabalho situadas no setor saúde promover ações e medidas que assegurem o trabalho em equipe, pois este é um dos meios para atingir qualidade assistencial (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Além do processo de comunicação difícil entre as equipes, para Goi e Oliveira (2018) há um despreparo dos profissionais para prestar assistência aos pacientes em cuidados paliativos, pois aqueles carecem de capacitação para proporcionarem uma melhor assistência. Os mesmos autores apontam que existem pesquisas que já identificaram a necessidade de, durante a formação profissional, desenvolver habilidades específicas para o cuidado integral, holístico e humanizado ao paciente fora de possibilidade de cura, sendo necessário um melhor entendimento da equipe multiprofissional sobre os princípios do cuidado paliativo como filosofia para prover qualidade em sua assistência.

A falta de preparo profissional pode estar relacionada à deficiência no ensino devido à carência de disciplinas que envolvam os cuidados paliativos e o tema da morte nas academias. É necessária uma reformulação dos currículos que permita ao profissional realizar ações mais eficazes, quando acionados a tratar de pacientes que estão em final de vida. A academia não vai preparar o profissional para a atuação no campo, mas pode contribuir com a promoção do debate. Assim, o profissional se sentirá mais seguro quando se deparar com a temática da morte e no trato a pacientes fora de possibilidades de cura (HERMES; LAMARCA, 2013).

A necessidade de uma equipe multiprofissional para os cuidados paliativos fez com que a formação dos profissionais, mais do que qualquer infraestrutura, fosse consensualmente apontada como fator fundamental para o sucesso do planejamento terapêutico. Diante disso, os profissionais requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, envolvendo a formação pré ou pós-graduada dos profissionais para a prática desses cuidados, exigindo preparação técnica, formação e experiência prática (BUSHATSKY et al., 2012).

A maioria dos profissionais de saúde tem o olhar voltado a tratar ativamente a doença, afastando-se do foco do cuidado paliativo, que é o controle dos sintomas e melhora da

qualidade de vida. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2017), os princípios básicos dos cuidados paliativos são: fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do cliente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do cliente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os clientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos clientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

A complexidade da concepção de organização do trabalho advém principalmente da amplitude dos aspectos e da quantidade de atores envolvidos. Muitos são os fatores apontados que envolvem a organização do trabalho, podendo-se citar: a responsabilidade de prover um ambiente estrutural adequado para a prestação da assistência, considerando a especificidade da clientela atendida; a obrigatoriedade de promover e viabilizar a capacitação permanente da equipe com o fito de garantir segurança e conforto aos pacientes; fomentar ações e medidas que garantam a comunicação eficaz entre os profissionais; promover e cobrar condutas éticas no contexto do trabalho e saúde.

No entanto, verificou-se, por meio das falas e das observações de campo, que há reflexos deletérios para o tratamento oncopaliativo advindos de uma configuração laboral que não está atenta para a complexidade que envolve o cuidado a pessoas em situação terminal, necessitando, portanto, de medidas organizacionais para solucionar as situações levantadas nesta categoria.

4.3 Categoria 2: Sentimentos decorrentes do processo de cuidar/cuidado ao paciente com doença oncopaliativa

Esta categoria aborda os sentimentos que emergem durante o cuidado ao paciente com doença oncopaliativa e percepções resultantes da vivência e acompanhamento do processo de morte e morrer. Tal categoria possui 125 UR (54,82% do total de UR captadas no estudo, possuindo também um conjunto de 63 entradas). Pela quantidade de UR comprova-se a importância desta temática para os participantes do estudo.

Nesta categoria discutem-se as seguintes US:

- a) Sentimentos que emergem em relação ao processo de cuidado ao paciente com doença oncopaliativa (37 UR);
- b) Percepções sobre o processo de morte e morrer de pacientes com doença oncopaliativa (14 UR);
- c) Preocupações e concepções a respeito de familiares de pacientes com doença oncopaliativa (30 UR);
- d) Percepções sobre o tratamento paliativo (25 UR);
- e) Amparo psicológico ao paciente com doença oncopaliativa (5 UR);
- f) Apoio psicológico à equipe de saúde (7 UR);
- g) Processo de formação de vínculo com o paciente com doença oncopaliativa (7 UR).

Dentre os profissionais da saúde, os trabalhadores de enfermagem são os que estão diariamente mais próximos do paciente e sua família, desta forma, com maior probabilidade de serem afetados pelo sofrimento que envolve o contexto da doença oncopaliativa. Este envolvimento faz com que os sentimentos dos pacientes se conglomerem com as suas próprias emoções, levando o profissional a experimentar a dor sofrida pelo paciente. Isto pode influenciar a atuação da equipe, comprometendo os cuidados da enfermagem e levando o profissional a problemas como a depressão, insatisfação, estresse e até mesmo ao adoecimento (SILVA et al., 2014).

Além do sofrimento gerado pela aproximação e maior contato com o paciente, a promoção dos cuidados paliativos, pela sua própria natureza, faz com que os profissionais se deparem com estressores emocionais como: mortes repetidas; angústia envolvendo a finitude da vida; exposição ao sofrimento de pacientes e famílias; dificuldades de responder perguntas incômodas aos pacientes e suas famílias; e desconforto pessoal quanto ao confronto com a morte (VASQUES et al., 2014). Neste sentido, os participantes fazem reflexões sobre os sentimentos que emergem em relação a este processo:

O sentimento que eu tenho é de dor. É como se fosse uma angústia porque a gente na maioria das vezes já sabe do estadiamento da doença do paciente e a gente sabe que vai ter que viver um dia de cada vez com aquele paciente. Um dia vai ser ruim, outro dia vai ser pior e por aí vai. O que eu procuro fazer é ser forte. Tento, né? Ser forte e passar segurança para ele. Porque é o que ele precisa naquele momento (P3).

Eu digo uma única palavra: sofrimento. Sofrimento não só para os familiares, mas também para a equipe. Desde o momento que o paciente em cuidado paliativo sendo oncológico segura na sua mão e pergunta: você vai ficar aqui hoje? Você pode ficar aqui do meu lado? Você me dá sua mão? [...] E você tem que ser forte e falar: eu vou ficar aqui com você! [...] graças a Deus ele amanheceu bem, passou a noite tranquilo, mas é um sofrimento para a gente também (P4).

Quando começa a chegar naquela reta final é muito doído porque você sofre com a família, você sofre com o fato de estar perdendo a pessoa e não poder fazer nada (P5).

A dor é inevitável [...]. Se eu disser que não sinto nada é mentira, acho que todos nós aqui sentimos de uma forma geral. Todo mundo aqui é ser humano (P6).

O fato é que não se pode passar imune a essas experiências, o convívio com a morte é doloroso (P18).

A dor e o sofrimento foram palavras bastante pronunciadas durante a execução dos grupos focais e, em muitos momentos, expressadas com grande emoção. Percebeu-se que esses profissionais trazem consigo inúmeros sentimentos que caracterizam tristeza, angústia, medo, impotência, os quais repercutem negativamente na dimensão subjetiva destes profissionais. Durante as falas, era possível ver expressões faciais de melancolia, inquietude e alguns, inclusive, bastante emocionados ao falar sobre os cuidados em final de vida.

O sofrimento pode ser patológico ou saudável na medida em que impulsiona o sujeito à mudança da situação geradora de conflito. O sofrimento se transforma em criativo quando dá um novo significado ao trabalho por meio da inovação; de outro modo, pode ser caracterizado como patológico no momento em que não existe possibilidade de acordo entre o trabalhador e a organização do trabalho. Portanto, a organização do trabalho deve ter algum grau de flexibilidade e de respeito à subjetividade do trabalhador para que a atividade laboral seja desenvolvida com certa autonomia, liberdade e criatividade, a fim de conferir prazer aos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

A pouca compreensão sobre o processo de morte e morrer e seu significado para a existência humana causa sofrimento para a equipe de enfermagem, que acaba trazendo sensações de dor pela perda, ou sentimentos de negação, insatisfação, tristeza e até raiva, por não conseguirem manter a vida do paciente, ocasionando uma baixa autoestima, desgastando os profissionais e a equipe por se sentirem impotentes (FREITAS et al., 2016).

Segundo Franco et al. (2017), o sentimento de impotência pode aparecer em alguns momentos, por exemplo, na equipe de enfermagem, quando se esgotam as possibilidades de fazer algo a mais pelo paciente, ou quando se sente que há um despreparo, principalmente porque nas academias e senso comum se está capacitando, formando e qualificando para salvar vidas e para curar. A aproximação da morte pode fazer com que estes sentimentos primários se convertam em raiva, frustração, visto que muitos internalizam o evento, que era esperado, como de sua responsabilidade, como se pudessem ter feito algo mais, ou evitado.

As falas a seguir corroboram os estudos efetuados pelos pesquisadores e a análise efetuada neste estudo:

Agora que é doloroso é, porque a gente se sente impotente. A gente não pode fazer mais nada a não ser dar uma qualidade um pouquinho melhor para que ele possa morrer de uma forma não sofrida. É muito difícil. Dói (P1).

Isso me causa um sofrimento muito grande por dentro. E me sinto impotente em não poder fazer nada em relação a isso (P2).

Você se sente meio impotente, né?! Porque você está lutando com a morte. Parece que você está puxando o paciente de um lado e a morte puxando de outro (P5).

Às vezes eu tenho a sensação de que eu nadei, nadei e morri na praia. [...] A sensação é de que, por mais que eu tenha feito tudo que eu podia fazer, não adiantou de nada (P15).

O morrer, nos hospitais, pode ser encarado pelos profissionais de saúde como fracasso ou incapacidade de alcançar a excelência no trabalho, pois a manutenção da vida seria, por via de regra, sua função. É necessário salientar que o profissional de saúde busca obstinadamente a cura, porém, pouco se recorda do antagonismo da profissão, já que a cura não representa a inexistência da morte e, dessa forma, não se concebe claramente o limite entre as funções profissionais de cura e a impotência diante da morte inevitável (VICENSI et al., 2016).

Essa sensação de impotência e frustração deve-se, em muitos sentidos, a pouca abordagem dos assuntos de morte e morrer nas instituições de formação, repercutindo em tensões que incidem na prática profissional. Como decorrência da falta de preparo, afloram dificuldades e sofrimentos vivenciados pelos profissionais e estudantes de enfermagem, resultando em condutas equivocadas, como, por exemplo, tentativas de prolongar a vida destes pacientes a todo custo, isto é, aumentando a dor da pessoa, da família e da equipe, como também onerando os cofres públicos (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

A exposição contínua e constante ao estresse gerado pelo contato cotidiano com a morte e o morrer dos pacientes, sem que haja dispositivos protetores institucionalizados para seu alívio e elaboração, pode afetar a saúde mental dos profissionais (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Nós somos profissionais formados para cuidar da vida. Nós somos orientados na academia para isso. Aí você chega e o paciente está morrendo (P5).

Eu canso de ver pessoas que não têm preparo emocional para lidar com a morte, tem colegas que querem desistir. Isso era um preparo esperado desde o banco da universidade que eu não vejo perspectiva de mudança em curto prazo (P8).

Nós somos muito mal treinados para cuidar do paciente o preparando para a morte. A gente cuida do corpo do paciente depois que ele morre, mas a gente não está preparada para a morte do paciente, para acompanhar aquela evolução que vai levar à morte (P9).

Isso é uma coisa que a gente não tem na faculdade [...]. Falar sobre morte, discutir sobre isso. A gente estuda para salvar a vida de alguém, a gente nunca está preparada para perder (P12).

As falas que antecedem vão ao encontro das pesquisas que concluem o pouco enfoque sobre terminalidade de vida nas academias. Para além de um despreparo emocional, deparar-se com a finitude do outro pode dar à luz uma reflexão acerca de sua própria finitude. A apreensão da morte por inúmeros significados negativos, e não como uma parte do ciclo natural da vida, pode provocar profundo desapontamento nos profissionais no que diz respeito aos ideais de onipotência já enraizados, gerando angústias existenciais advindas da projeção da fragilidade no outro e da identificação com o doente (SANTOS; HORMANEZ, 2013; SILVA, 2016).

Esse processo de morte, que envolve paciente e família, nós também passamos por ele [...] às vezes a morte súbita é mais simples à compreensão. Agora quando o paciente vem de um processo arrastado e fica naquela expectativa de passar por procedimentos, é mais difícil (P6).

A morte está do nosso lado e convive com a gente 24 horas por dia, a gente é que não compreende e não aceita, mas ela está do nosso lado (P8).

O desconforto perante a morte e a falta de compreensão do significado teórico do processo de morte e morrer pelos profissionais da enfermagem pode prejudicar seu estado emocional, seu trabalho com os pacientes e familiares (MEDEIROS; MENDES, 2013).

Enquanto a doença afeta individualmente o paciente, suas consequências afetam além dos profissionais envolvidos, toda a família e todos os que vivem com o paciente. De acordo com a Comissão de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2015), o processo da doença pode alterar os papéis familiares e desfazer a formação do grupo familiar original, conforme a doença ameaça a continuidade da vida e progride até o momento da morte do paciente. A referida comissão define família como as pessoas mais próximas ao paciente em conhecimento, cuidado e carinho que pode incluir: a família biológica; a família de aquisição (casamento); a família de escolha e amigos, sendo os cuidados paliativos uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida.

Fica evidente nas falas a seguir a importância dada à família de pacientes com doença oncopaliativa:

Quando chega a família e vê aquela agonia do paciente aí que piora ainda mais porque a família também entra em choque, ela não está preparada para aquilo não. Se nós que somos da assistência direta, recebemos um baque, imagina um familiar (P7).

Se tivesse o apoio à família do paciente, seria um pouco menos desgastante para a gente porque a gente cuidaria só do paciente. [...] além de cuidar do paciente e do sofrimento, da coisa técnica, a gente precisa de alguma forma apoiar a família, responder a família porque há questões que eles não perguntam para o médico e eu não sei por quê, só perguntam para a enfermagem (P10).

O familiar tem dia que está bem e tem dia que não está bem. Ele fica chorando, a gente pede para se retirar, pede para ficar um pouco aqui fora, pergunta se quer uma água (P17).

Quanto maior a inserção no ambiente hospitalar, mais a família manifestará questionamentos e curiosidades a respeito da terapêutica e evolução da doença. A enfermagem deve atentar para as necessidades psicológicas deste familiar, pois o confronto com a morte faz emergir sentimentos intensos como a raiva e frustração, que podem provocar danos maiores em longo prazo. Deverá saber oferecer apoio e suporte, ajudando a família a passar por esta fase da vida, exercendo o papel de facilitador de mobilização de sentimentos e falas, detectando necessidades e tornando possível supri-las (FRANCO et al., 2017).

O sofrimento vivenciado pelo familiar no processo de luto pode ser minimizado por meio da relação com a equipe de enfermagem, pois esta é a referência em uma unidade assistencial, principalmente da família que se encontra fragilizada, ferida e impotente frente à iminente perda de um ente querido. Desse modo, a equipe de enfermagem que trabalha com cuidados paliativos deve inteirar-se das vivências do paciente e da família para valorizar a dimensão relacional deste cuidado (PIRES et al., 2013).

Mas difícil mesmo é lidar com a família, e o familiar muitas vezes não aceita a doença e não consegue lidar com a aproximação da despedida, tem medo (P2).

Para os familiares, o processo de finitude de um paciente é um momento de dor e a aceitação dessa situação é difícil e dolorosa, principalmente, no processo de enlutamento, quando percebem que a morte do ente querido não traz somente saudades ou sentimento de incompletude, mas causa também incertezas do futuro (FERNANDES et al., 2013).

Você tem que lidar com a família que às vezes é mais complicado do que com o próprio paciente. Porque a gente acha que o familiar está aceitando, mas na hora ele vê que aquele parente está piorando ele não aceita. Ele não aceita que aquele parente vai morrer (P15).

Nossa sociedade estabelece culturalmente mecanismos de negação da morte. Como resultado, o luto passou a ser um processo mais complexo e que em alguns casos desenrola-se em processo patológico, recebendo o nome de “luto complicado” (GONÇALVES; BITTAR, 2016). No luto complicado há uma dificuldade extrema na aceitação da perda, o que interfere no estado emocional e causa impacto em outros âmbitos da vida do indivíduo. É como se uma parte de quem ficou morresse junto com o ente querido, devido ao vínculo com a pessoa perdida (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Durante as observações de campo, pude constatar esta preocupação com os familiares relatada nas falas dos participantes. Em um espaço da enfermaria cirúrgica masculina, havia um paciente em tratamento paliativo devido à disseminação de um câncer intestinal, internado fazia aproximadamente vinte dias. Junto dele, estava a sua esposa que o acompanhava desde o primeiro dia de sua internação. Havia uma preocupação da equipe de enfermagem em contatar o profissional da psicologia médica para atender não o paciente, mas à sua mulher, que chorava copiosamente. Uma técnica de enfermagem relatou a uma enfermeira residente que já havia conversado com a acompanhante, no sentido de tentar acalmá-la; comentou que aquela situação era muito difícil e que tornava o ambiente muito pesado e ainda que se sentia angustiada, pois a enfermaria já não era a mesma de antes porque estava recebendo muitos pacientes com doença avançada.

A reflexão desta profissional sobre a mudança no perfil de atendimento da enfermaria é reforçada pelos relatos obtidos nos grupos focais, no tocante à percepção sobre o tratamento paliativo.

A gente vê que o perfil da enfermaria vai mudando e está muito diferente em termos percentuais. Quantos pacientes são cirúrgicos e quantos pacientes são paliativos? Muda completamente o perfil da enfermaria. Hoje a gente está transformando a enfermaria em uma grande clínica médica de cuidados paliativos (P9).

A nossa enfermaria tem muitos cuidados paliativos e cada vez mais vem aumentando. Isso abala a gente, pois não estou preparada para atender esse paciente (P10).

Aqui na enfermaria está se tornando cada vez mais comum receber paciente em fase paliativa. [...] eu tenho visto isso com certa frequência principalmente nestes últimos anos (P13).

Está se tornando a realidade de muitos hospitais. É cada vez maior o número de paciente com câncer e, na maioria dos casos que vemos aqui, não teve o diagnóstico logo no início (P18).

O estranhamento nas equipes sobre a incidência cada vez mais elevada de pacientes em fase paliativa internados nas enfermarias de cirurgia deve-se ao fato de que nestas unidades, não estava prescrito pela organização do trabalho o cuidado a esta clientela. De acordo com Dejours (2004), para que o processo de trabalho funcione, é preciso reajustar as prescrições, trilhando um caminho entre o prescrito e o real, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha a cada momento.

A sensação de mudança no perfil das unidades, cenário da pesquisa, pode ser atribuída à demora entre a suspeita inicial do câncer e a chegada a um diagnóstico para se obter o tratamento adequado. A chamada “lei dos sessenta dias” em vigor através da Portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014, determina que todo paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico.

Apesar desta lei, quatro em cada 10 pacientes esperam mais do que o prazo legal para receber atendimento, de acordo com os dados do Sistema de Informação do Câncer do Ministério da Saúde (PAULUZE, 2017). Salienta-se que a eficácia do tratamento depende do diagnóstico precoce e, conseqüentemente, que o início do tratamento aconteça o mais breve possível, pois o câncer é uma doença que pode evoluir rapidamente.

As dificuldades em conseguir tratamento após o diagnóstico, o que pode levar a estágios avançados da doença, reduzindo as chances de cura, somadas ao aumento da expectativa de vida, às questões do envelhecimento e o conseqüente aumento das doenças crônicas, podem ser os fatores que contribuem para esta sensação de mudança no perfil de atendimento das enfermarias cirúrgicas.

Pode-se inferir que toda esta complexidade que envolve o cuidado oncopaliativo resultará em demandas psicológicas ao paciente e à equipe de saúde. Esta afirmativa pode ser comprovada por meio das falas destacadas a seguir:

Eu acho que a enfermagem poderia ser assistida pela psicologia porque a gente sofre muito. Muitas vezes até mais que o paciente porque a gente quer fazer, mas estamos de mãos atadas, então o que a gente pode fazer a gente faz (P4).

Eu choro na frente do paciente. É muito triste porque você luta com a vida, mas você sabe que aquilo ali tem um prazo muito curto. É muito difícil. [...] Você não tem um amparo psicológico [...] Então para mim ainda é muito complicado. É um cuidado muito sofrido (P5).

Eu não vejo nenhum tipo de preparo psicológico para esse paciente, não vejo nenhum preparo para esta família e não vejo preparo para o profissional (P9).

A experiência aqui não é agradável, mas também desperta na gente a necessidade de talvez criar, na própria enfermaria, um momento para o funcionário. Alguém tinha

que olhar por nós para que a gente conseguisse de alguma forma esvaziar, aí a gente conseguiria no outro dia encher de novo. Só que a gente está todo dia cheio (P10).

Penso que já que um dos membros da equipe de cuidados paliativos é o psicólogo, fico pensando por que esse profissional não poderia se estender também aos funcionários. Eu sei que essa situação é complicada porque não tem profissionais para isso, mas era necessário esse espaço. Isso seria uma coisa muito interessante, ajudaria demais (P13).

Valorizar as condições físicas e mentais dos profissionais que prestam assistência aos pacientes em cuidados paliativos em instituições hospitalares é de suma importância, pois só a partir do equilíbrio emocional é que esses profissionais conseguirão desempenhar seus papéis da melhor maneira possível, sem causar prejuízos à sua saúde. Salienta-se que, ao instrumentalizar emocionalmente estes profissionais, eles podem cuidar melhor, uma vez que conseguindo lidar com o sofrimento, que muitas vezes afasta o profissional daquilo que o afeta emocionalmente, eles têm condições de se aproximar do doente e familiar, e ofertar um cuidado de melhor qualidade. Diante do reconhecimento desse sofrimento, é essencial que o profissional conheça seu limite e procure auxílio para tratar do desgaste físico e mental (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

A família sofre junto, mas depois vai embora e o profissional fica lá acumulando experiências negativas, acumulando frustrações, uma série de coisas que podem inclusive lá na frente prejudicar a sua própria saúde. Fica uma somatização de situações e o funcionário lá na frente também pode acabar desenvolvendo patologias decorrentes deste universo, deste turbilhão emocional que ele vive (P9).

Não se importam se o funcionário está lidando bem com aquilo ou não, quando vão reparar nesse profissional é porque ele já adoeceu. Poderia ser feito um trabalho para isso, em conjunto com a psicologia. Não é só o paciente que precisa de apoio (P18).

É necessário dirigir o olhar ao profissional de enfermagem e sua subjetividade ao cuidar do paciente em terminalidade de vida desde a sua formação acadêmica, oferecendo recursos técnicos para que ele se sinta capaz de gerenciar estas situações extremas e expressar suas vivências emocionais. Os riscos associáveis a esta prática profissional podem ser minimizados quando há um ambiente de trabalho suficientemente adequado, com condições de trabalho dignas e onde se desenvolvam programas educativos e preventivos com vistas à proteção da saúde mental do trabalhador (MORAES; GRANATO, 2014).

Longos períodos de internação favorecem a aproximação entre pacientes, familiares e equipe de enfermagem, e a formação do vínculo é um aspecto importante a ser considerado. O profissional vive o luto pela morte do paciente, relacionando sentimentos negativos como frustração, tristeza, pesar e cobrança quanto aos cuidados prestados, como se o paciente fosse

um ente da família, sendo que a formação e o fortalecimento deste vínculo estão relacionados ao tempo de internação (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014).

Com o tempo a gente pega um vínculo com o paciente [...] por esse motivo é que a gente acaba não sendo apenas profissional, mas também muito humano, e aí a gente sofre junto com ele nessa fase terminal (P2).

Quando é um paciente que você tem pouco contato é menos dolorido. Também é triste de uma forma geral, mas é diferente daquele paciente que já está internado há muito tempo e que você acompanha todas as fases. Você cria vínculo, você sofre muito (P5).

Quando o paciente fica internado muito tempo e vai a óbito, o sentimento é diferente do que aquele que morre logo depois que interna. É triste falar, mas é verdade. O sentimento de pesar é maior naquele que ficou mais tempo internado porque se criam vínculos (P15).

Apesar dos relatos sofridos associados à formação de vínculo, para Alcântara et al. (2018), criar vínculo é fundamental no trabalho com pacientes em cuidados paliativos, uma vez que a aproximação, a escuta e o diálogo propiciam um ambiente seguro e harmonioso, tanto para o paciente quanto para os profissionais, o que é fundamental para o sucesso do tratamento.

Corroborando, para Santos, Corral-Mulato e Bueno (2014), os profissionais de saúde estão sofrendo ao se confrontarem com a morte, e é necessário provocar a compreensão da morte como uma etapa natural e que precisa ser experienciada. O enlutamento deve ser considerado uma resposta necessária à perda e à morte de pacientes que estavam sob cuidados e, para tanto, as propostas de melhoria devem estar voltadas para as instituições de formação e, simultaneamente, para as instituições hospitalares que, com o auxílio da educação continuada e do serviço de psicologia, podem auxiliar os profissionais a realizarem reflexões sobre o tema de maneira a torná-lo mais leve e aproximado da realidade cotidiana do trabalho em saúde.

4.4 Categoria 3: Estratégias defensivas adotadas para o cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa

A presente categoria aborda as estratégias defensivas, individuais e coletivas, para o enfrentamento de situações relativas ao cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa, a

qual possui 41 UR (17,98% do total de UR desta pesquisa). Abordam-se as seguintes US: estratégias individuais de defesa (32 UR) e estratégias coletivas de defesa (9 UR).

Cabe salientar que se utilizou do recurso “negrito” contido no editor de texto *Word* 2016 para destacar as estratégias captadas por meio dos conteúdos emergidos do grupo focal e da observação participante.

Diante de todas as situações anteriormente relatadas e que envolvem prazer e sofrimento no trabalho, acrescidas da atenção ao paciente em cuidados paliativos e seus familiares, os profissionais elaboram estratégias de enfrentamento para levar adiante a missão de cuidar com humanidade e integralidade (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Os participantes trazem em suas falas as estratégias que utilizam para se protegerem dos impactos relacionados ao cuidado a tais pacientes:

Eu procuro não levar isso para casa, prefiro deixar aqui [...]. Eu tenho uma conhecida que ela chora o tempo todo e em casa também. Então, eu procuro desligar. A gente não tem como levar esta carga toda para casa, porque quem sofre são os nossos familiares junto com a gente (P1).

Eu me desligo totalmente quando dá o meu horário de ir embora. Não lembro nem que hospital existe. Eu acho que isso deve ser alguma coisa que não me faz bem mesmo [...] eu só vou me lembrar no dia do meu plantão [...], talvez seja um despreparo. [...] eu criei esta chave aí que eu desligo. É uma defesa. Me desligo totalmente (P11).

Estas falas envolvem um mecanismo individual de defesa, próprios das trabalhadoras, que é se desligar de toda a problemática que envolve o processo de morte e morrer dos pacientes por elas cuidados. **O distanciamento após a jornada de trabalho** é uma estratégia que visa a se distanciarem do que as faz sofrer e, ao mesmo tempo, não contaminarem o ambiente doméstico e familiar com a problemática que envolve o trabalho. Segundo Lancman e Sznelwar (2011), um mecanismo individual de defesa é elaborado por conta da história de vida do trabalhador, suas vivências, valores, cultura, educação, entre outros elementos experienciados ao longo de sua vida, e que está descolado da elaboração do coletivo profissional. Desse modo, esta é uma tática que P1e P11 encontraram para neutralizar o sofrimento no espaço fora do trabalho.

Este aparente distanciamento após a jornada de trabalho, para desvincular a prática profissional da vida pessoal e afastar-se do sofrimento da rotina laboral, para a Psicodinâmica do Trabalho, pode não ser possível, pois os profissionais não conseguem deixar o seu funcionamento psíquico de lado e resgatá-lo em outro momento, já que ele não é divisível. Pelo contrário, muitos profissionais levam o sofrimento para fora do ambiente laboral,

podendo interferir em sua vida pessoal (LANCMAN; SZNELWAR, 2011; MARIANO; CARREIRA, 2016).

A gente acaba até se emocionando só de falar, eu comento em casa [...] Não tem como, é difícil. Conversar com outras pessoas sobre o assunto, sobre o paciente já me alivia um pouco. Ouvir opiniões também me alivia (P2).

Na verdade, eu não separo muito. Eu levo o paciente e a história dele junto comigo, para minha casa. Eu não sou daquele tipo de pessoa que sabe desvincular quando sai do hospital. [...] Penso muito neles (P3).

Eu levo isso comigo para minha casa [...]. Muito difícil falar com as minhas filhas sobre isso porque eu acho que elas não têm que participar, mas com o meu esposo eu converso muito, porque a gente nunca sabe o dia de amanhã, um dia pode ser um de nós que estará no leito, entendeu? (P4).

Eu me apoio na fé e na minha família. Quando eu chego em casa eu abro meu coração (P5).

A gente chega em casa triste e fala com a família [...] Às vezes a gente fica impressionada e acaba levando para casa essas coisas. [...] Eu converso com meu esposo que não é da área da saúde (P15).

Falar sobre as situações geradoras de sofrimento com familiares e amigos é uma estratégia defensiva observada nas falas anteriores. Tais estratégias transformam o funcionamento psíquico da pessoa, alterando suas formas de existência, incorporando-se não só ao trabalho, mas inclusive à vida privada e familiar (MENDES, 2007).

O participante P5 uniu o apoio da sua própria família e a fé como formas de autopreservação. O ser humano sempre se preocupou em entender o significado da vida e da morte e o porquê da sua presença no mundo, procurando estratégias para lidar com as dificuldades. A **busca pela religiosidade e espiritualidade** como estratégia de defesa individual, frequentemente, emerge quando as pessoas se encontram em situações de fragilidade devido a uma doença ou situação muito tensa e conflituosa. Deste modo, diversos profissionais de saúde têm na religião a ajuda para entender o sofrimento, encontrando na fé uma espécie de escudo contra os efeitos nocivos advindos do trabalho, além de um significado para fortalecer e apoiar suas ações do cuidado (CERVELIN; KRUSE, 2014).

Uma coisa que me ajuda muito é essa questão da religião, é a fé. Eu consigo entender melhor todo processo que o paciente passa e consigo entender que a morte é o término de um sofrimento. Isso me fortalece e me ajuda bastante (P3).

Cada um tem o seu carma, cada um tem o seu momento e todos nós vamos passar por isso, porque a vida material é uma grande viagem. Realmente, a minha religião me ajuda bastante, o aspecto religiosidade dá um conforto muito grande (P8).

A religião ajuda muito também. A gente sempre vai questionar, mas acredito muito que a gente tem uma missão na terra. Eu acredito muito nisso. A gente vem por um motivo (P12).

Antes de chegar ao paciente, eu peço forças a Deus. Peço força e discernimento para as palavras certas saírem da minha boca. [...] Nós devemos nos por no lugar dos pacientes sempre, e pedir forças a Deus para cuidar deles (P16).

Para Lancman e Sznelwar (2011), a organização do trabalho exerce sobre o sujeito uma ação que incide diretamente no aparelho psíquico. Cada indivíduo, ao vivenciar determinado sofrimento, constrói suas defesas, que, no plano individual, apresentam tentativas de adaptação da melhor maneira possível às condições do meio. Alguns participantes relatam a **busca por atividades físicas** como forma de aliviar as tensões após o trabalho.

Tenho duas coisas como válvula de escape. Uma é a atividade física. Eu adoro correr, então, a corrida é uma forma de me relaxar, de me encontrar. Com a corrida estou fugindo dos meus problemas literalmente [...] a segunda coisa é ouvir música. [...] são coisas que eu sempre tento usar para me desligar do trabalho (P6).

Eu faço atividade física para me distrair porque depois que eu comecei a ver estas coisas, eu encontrei um pouco mais de prazer na comida. A gente vê muita gente, com esses problemas de esôfago, que para de comer de repente. [...] Aí você acaba vendo que tem a oportunidade de poder comer e não é certo se privar disso, daí eu faço exercício físico para compensar o prazer da comida e não engordar, e para me desligar do sofrimento do paciente (P10).

O participante P6 cita a expressão “válvula de escape” que designa um modo de escapar de alguma situação turbulenta. Podemos entender que a corrida e a música são estratégias individuais concebidas e reconhecidas pelo mesmo para preservar-se das situações advindas do trabalho. A atividade física é grande aliada no combate ao estresse, pois além de proporcionar uma descarga de endorfina, conhecida como hormônio do bem-estar, a atividade física estimula a formação de novos neurônios no hipocampo, região responsável por grande parte da memória e do equilíbrio emocional. Portanto, exercícios físicos beneficiam o funcionamento cerebral, pois ajudam a preservar a integridade neuronal (BECK; MAGALHÃES, 2017).

Além da atividade física, o participante P10 revela ter encontrado mais prazer na comida, utilizando esta tática para reverter ou trocar sofrimento pela satisfação de comer. Segundo Kaufman (2013), o alimento está intimamente conectado com as emoções. A alimentação tem significados que vão bem além de uma simples função nutritiva. Comer pode representar prazer imediato e, portanto, servir para aliviar e compensar sentimentos negativos.

É comum o uso de determinados alimentos, principalmente os doces, com a finalidade de minimizar conflitos internos que a pessoa não consegue solucionar.

De acordo com Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014), o sofrimento e desgaste do profissional frente à terminalidade do paciente podem ser amenizados, a partir do momento da conscientização do seu máximo desempenho profissional. **Emprego do máximo desempenho profissional** é a estratégia utilizada por P5 e P9.

Procuo fazer da melhor forma possível porque quando você tem consciência de que você tentou melhorar a vida daquela pessoa, tentou ser o melhor, dar o melhor de você, isso já te resolve 90% da situação (P5).

Uma forma de me sentir melhor com tudo isso que acontece é saber que eu fiz o melhor que pude. [...]. A gente dá tudo aquilo que de mais positivo temos a oferecer, e o paciente sente isso. Então, dar o meu melhor e manter a consciência tranquila é uma forma de eu me sentir bem, de chegar no final do plantão esgotado, cansado, desgastado, com sono e saber que eu fiz alguma coisa boa pelo paciente [...]. Isso de alguma forma funciona para mim (P9).

A sensação de dever cumprido ameniza a dor da culpa, do ressentimento, da perda, enfim, do luto. Muitas pessoas adotam este mecanismo de defesa individual para que ao final de uma situação frustrante possam dizer para si mesmo que fizeram tudo que puderam e mais um pouco (como no caso do cansaço extremo de P9), apesar do desfecho não ser exatamente o que desejavam. Este achado, corrobora o estudo realizado por Lamb et al. (2017) com trabalhadoras de enfermagem, que destacou, como estratégia para mitigar o sofrimento, o apoio na sensação de dever cumprido, ou seja, de ter feito tudo que estava ao alcance, como forma de amenizar o sofrimento vivenciado através da racionalização da experiência negativa vivida.

Em outro momento do discurso, P9 retoma o assunto e dá um exemplo prático desta estratégia:

Eu gosto quando o paciente fala para mim que o banho dele foi diferente no meu plantão, quando ele diz: “eu não me cansei tanto, obrigada pela sua atenção!”. Isso que é legal. Eu não espero reconhecimento, mas o fato de você ver que de repente o paciente estava de um jeito quando você chegou e está melhor depois que você acabou seu plantão, isso me conforta. Eu me empenho muito para isso (P9).

Outro exemplo do emprego de máximo desempenho profissional é verificado no discurso de P4:

Às vezes tem um montão de coisas para fazer, mas eu sei que o paciente quer ouvir, quer falar alguma coisa. Eu não tenho pressa, eu paro e se eu puder sento ao seu lado

e converso com ele. Eu não sei se isso é muito bom ou é muito ruim, só sei que o que eu puder fazer pela pessoa eu faço (P4).

A próxima estratégia advinda das falas do grupo focal e da observação em uma das unidades cenário desta pesquisa é denominada como **estratégia do isolamento para lidar com o luto**. Não é incomum verificar nas unidades pesquisadas que, após a perda de um paciente em cuidados paliativos, profissionais de enfermagem isolam-se para chorar e vivenciar o sentimento de perda. O relato a seguir confirma tal estratégia:

Eu sou uma pessoa e profissional extremamente emotiva. Se eu tiver que chorar, eu choro sim, eu desabafo sim, eu procuro não fazer na frente do paciente, mas eu vou lá para o quartinho e abro a minha boca principalmente quando vai a óbito, eu sofro (P4).

Quando aquele sofrimento acaba e o familiar olha para mim e a lágrima escorre, eu olho para cima por que eu sou chorona. Daí eu saio e vou lá para dentro, no banheiro, vou lavar o rosto e respirar (P17).

Para P4 e P17, “ir para o quartinho” ou ir ao banheiro, significa isolar-se para ter um momento particular a fim de gerir o luto oriundo da perda de um paciente sob seus cuidados. O luto é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde psíquica, mas que também pode se constituir um fator de risco para a saúde mental. O aparecimento de patologias associadas ao luto pode ser resultado do impacto de uma perda significativa na qual o sujeito enlutado é confrontado por vários fatores subjetivos, tais como: sua personalidade, seu repertório de técnicas de enfrentamento, as vivências anteriores de perda e sua capacidade de se manterem equilibrados diante de sentimentos de frustração (GOMES; GONÇALVES, 2015).

Durante o trabalho de observação, verifiquei que, após a constatação, pela equipe médica, do óbito de um paciente em tratamento paliativo, uma técnica de enfermagem encaminhou-se ao banheiro de funcionários, onde permaneceu por alguns minutos além do que normalmente é necessário para realizar eliminações fisiológicas. Ao abrir a porta, era possível notar seus olhos marejados. Questionada sobre sua expressão de tristeza, a mesma funcionária disse que não era nada e, caminhando de maneira apressada, tratou de continuar os seus afazeres. A reclusão no banheiro pode ser estratégia utilizada para isolar-se a fim de ter um momento particular e gerir suas emoções, assim como evidenciado nas falas de P4 e P17.

Observa-se que os participantes que utilizaram esta estratégia, se isolam para não expor a emoção. Isto se deve ao fato de que é esperado que o profissional de saúde dê conta

do trabalho, seja forte e não se emocione. Isso pode constituir fonte de sofrimento para estes trabalhadores e impedir a elaboração das vivências dolorosas da profissão, assim como o encontro com o sentido deste trabalho (TRAESEL; MERLO. 2011).

Outra estratégia identificada foi denominada **sair de cena**. É quando o profissional, ao perceber os seus limites, solicita a um colega que faça as suas atividades para que ele tenha tempo de gerir o sofrimento. Identificou-se esta estratégia nas falas a seguir:

Quando vejo que aquilo está saindo do meu controle, de fato, eu cedo o lugar para outro colega assumir, saio de cena. Vou respirar fundo, beber uma água, tomar um café... (P13).

Quando eu me sinto meio sufocado, eu troco com o colega. Peço para ele atender aquele paciente para eu ter um tempo para mim, daí vou lá para dentro a fim de processar aquilo tudo (P16).

Um estudo de Morais et al. (2018) sobre cuidados paliativos revela que os profissionais que se apresentam mais equilibrados emocionalmente diante dos desafios possuem um tempo maior de experiência profissional e, talvez, no decorrer dos anos, tiveram possibilidades de desenvolver seus próprios mecanismos de defesa e se tornarem resilientes diante das adversidades que a vida lhes apresenta. A fala a seguir vai ao encontro da conclusão dos autores:

A minha primeira experiência com cuidado oncopaliativo foi como profissional recém-formado com uma criança de cinco anos de idade. [...] quando ela morreu eu chorei mais que os pais da criança. [...]. 30 anos depois, eu vim a perder minha mãe com carcinoma gástrico [...]. Eu já era uma pessoa muito mais amadurecida que um garoto de 26 anos [...]. Hoje eu consigo conviver bem com pacientes em cuidados paliativos. Criança, jovem, adulto, eu já vi tudo isso. Do nascer ao morrer eu vi tudo! Então hoje eu sei conviver bem, ficando equilibrado mentalmente (P8).

Além das estratégias individuais, também emergiram dos grupos focais e observações de campo as estratégias defensivas desenvolvidas e fortalecidas pelo coletivo de trabalho, as chamadas estratégias de defesa coletivas. Segundo Lancman e Sznelwar (2011), elas são construídas em uma comunidade de trabalho e reúnem os esforços coletivos para a proteção dos efeitos desestabilizadores para cada um, tendo em vista que todos os membros do grupo de trabalho se confrontam com os riscos.

A minha equipe, graças a Deus, é uma equipe maravilhosa. A gente procura sempre estar rindo, sempre brincando, até quando o paciente não está bem a gente vai lá e leva um pouquinho de alegria. Isso faz muita diferença porque todos acabam rindo, inclusive o paciente. Isso descontraí muito a enfermagem (P1).

A gente sempre utiliza o humor, a alegria e é isso que eu tento jogar para minha equipe, para a gente ficar bem (P6).

As rotinas oriundas das atividades de trabalho relacionadas ao cuidar do paciente com doença oncopaliativa podem gerar, nos trabalhadores de enfermagem, consequências deletérias à saúde mental. Com base na **estratégia da descontração**, por meio de brincadeiras e do uso de humor, os danos poderão ser minimizados, pois conferem ao trabalho um clima de leveza (BARROS; HONÓRIO, 2015).

Em um dos dias de observação participante, presenciei um momento de descontração do grupo quando o enfermeiro cantarolava o hino de seu time de futebol que havia ganhado a partida na noite passada. Os funcionários davam risadas enquanto falavam que ele tinha que comemorar bastante porque não era sempre que ia dar essa sorte.

O bom humor traz grandes benefícios fisiológicos, tendo reflexos na liberação de hormônios, imunidade e até na circulação sanguínea. Ademais, o humor ganha destaque no campo da assistência humanizada, devendo ser reconhecido como uma ferramenta de trabalho dos profissionais para o cuidado em saúde, especialmente quando o assunto é cuidado oncopaliativo (ABREU, 2011). Portanto, a estratégia da descontração pode trazer benefícios tanto para quem cuida quanto para quem recebe o cuidado.

Foi captada também a estratégia da boa interação com os colegas de trabalho, evidenciando uma tática coletiva nos ambientes observados.

Para aliviar a gente procura estar sempre sorrindo, estar sempre interagindo com os médicos e com outros profissionais (P2).

Eu procuro interagir mais com os meus colegas [...]. A gente vai conviver doze horas e essa convivência minimiza o sofrimento da gente. Essa interação é que ameniza (P7).

Eu fico mais contente é com a equipe que eu tenho. [...] o grupo parece ser forte, ser unido e isso é muito bom para trabalhar. Isso não parece nada, mas ameniza o sofrimento. Porque quando um está desgastado emocionalmente, outro vai e dá aquele sustentáculo, dá aquele apoio moral e com isso você consegue conviver (P8).

Por meio dos relatos nos grupos focais, a estratégia que se pode denominar como **amenização do sofrimento através da boa interação com os colegas de trabalho** foi muito salientada. Tal estratégia procura amenizar o sofrimento e desgaste de um ambiente laboral que expõe à dor e ao sofrimento por meio do relacionamento respeitoso e harmonioso com o coletivo de trabalho.

Esta estratégia também foi evidenciada por meio das observações de campo, quando se presenciaram algumas situações que caracterizam a boa interação como forma de conter o sofrimento. Dentre estas situações, descrevo a que assisti em um dos cenários, quando os funcionários estavam preparando um café da manhã para comemorar o aniversário de um membro da equipe de enfermagem, em que demais membros da equipe multiprofissional, como nutricionista e médicos, também estavam presentes, demonstrando o bom entrosamento entre o grupo. Para Silvino et al. (2010), confraternizações como comemorações de aniversários são estratégias que visam ao bem-estar do corpo e da mente, utilizadas como distração para evitar o envolvimento com o sofrimento.

A boa convivência entre a equipe de saúde possibilita suporte psicoemocional aos profissionais, pois a troca de experiências e sentimentos, atrelada ao conforto e amparo percebidos, permitem a melhor aceitação do processo de morte e morrer (SALUM et al., 2018).

De acordo com Lamb et al. (2017), o diálogo e o bom relacionamento dos trabalhadores de enfermagem com a equipe médica e demais trabalhadores emergem como uma “válvula de escape” e como uma forma de compartilhar sentimentos e vivências, além de serem maneiras de os trabalhadores perceberem seu conhecimento valorizado e dividirem responsabilidades das vivências laborais com outros trabalhadores da saúde.

Desabafar com o colega de trabalho foi uma estratégia captada com base nas falas a seguir:

Nos momentos de tristeza, conversar com a equipe é importante. A gente acaba comentando uns com os outros. Isso é legal porque tem uns que já tem mais estrutura e outros menos, um ajuda o outro (P14).

Quando a gente fala sobre aquele sentimento, quando a gente divide a tristeza com o colega, ameniza o ambiente porque nos apoiamos (P15).

O diálogo permite a compreensão mútua sobre os sentimentos experienciados. Desta forma, essa verbalização e “desabafo”, gera alívio e minimiza a tensão gerada pelo sofrimento vivenciado além de criar uma rede de apoio entre os funcionários (MIORIN, 2016).

Salienta-se que as observações de campo foram relevantes para captar comportamentos coletivos defensivos, destacando-se uma especial que descrevo a seguir.

Por se tratar de uma enfermaria coletiva, que é o tipo de acomodação em que o paciente fica internado no mesmo quarto que outras pessoas, foi possível verificar que dois biombo separavam um paciente em tratamento paliativo dos demais pacientes que estavam internados ao seu lado com outras patologias. Para Sulzbacher et al. (2009), a morte pode

permanecer escondida entre os biombo de modo a se manter isolada nas enfermarias. Os profissionais da saúde, ao se depararem com ela, em geral a veem como um sinal de fracasso.

Corroborando, Pitta (2016) observou o uso do biombo como estratégia para minimizar a visão da morte iminente para os trabalhadores da saúde. Desse modo, identifica-se tal estratégia como **isolamento da morte**.

Ressalta-se que as estratégias coletivas de defesa são importantes para minimizar o sofrimento advindo do trabalho, porém, elas não são garantia de neutralizar o desconforto e a angústia gerada pela organização real do trabalho e pela especificidade das atividades desenvolvidas. Portanto, faz-se necessário, também, o fortalecimento de mecanismos individuais de defesa que sustentam e fortalecem a subjetividade destes trabalhadores, bem como outras medidas que emergiram do conteúdo das entrevistas, como o apoio profissional do serviço de psicologia, capacitação da equipe, ambiente físico adequado para o desenvolvimento do cuidado, entre outras medidas envolvendo a organização do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar este capítulo, reporta-se às intenções iniciais quando se optou por realizar uma pesquisa na área de saúde do trabalhador, na qual pudesse compreender as implicações subjetivas relacionadas ao trabalho da equipe de enfermagem, que desenvolve o cuidado ao paciente com doença oncopaliativa. À luz da psicodinâmica do trabalho, apoiada no arcabouço teórico-metodológico de Dejours, buscou-se, a partir da configuração da organização do trabalho, analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem durante o desenvolvimento de suas atividades com o paciente com doença oncológica em cuidados paliativos, bem como discutir as estratégias coletivas de defesa engendradas por estes trabalhadores para aliviar o sofrimento.

A escolha pela técnica do grupo focal foi essencial para a imersão na temática, captação da subjetividade dos trabalhadores e, por sua vez, para o desenvolvimento da análise e discussão das informações coletadas. Porém, fatores como déficit de pessoal e intensa demanda de trabalho no período da realização dos grupos, foram dificultadores para execução desta técnica. Cabe salientar que devido à exiguidade do tempo dos participantes, não foi possível realizar grupos focais com funcionários do serviço noturno, já que os mesmos, pela manhã, se dirigiam a outro vínculo empregatício. Ademais, apesar das limitações para aplicação desta técnica de coleta de dados, não houve recusas em participar do estudo, apenas entraves operacionais. Salienta-se também que durante a execução dos grupos, foi relatado por alguns participantes que aquele espaço de fala e escuta os faziam sentir-se valorizados e acolhidos.

Sobre a configuração da organização do trabalho, constatou-se que os cenários investigados possuem estrutura física inadequada para a prestação de cuidados paliativos, sendo um fator dificultador para promoção de conforto e privacidade ao paciente, além de evidenciar um processo de comunicação pouco eficaz entre os membros da equipe multidisciplinar bem como a qualificação profissional deficitária para o processo de cuidado a pacientes com doença oncopaliativa.

A respeito do tema qualificação profissional, emergiu das falas dos participantes o déficit decorrente da incipiente reflexão e discussão sobre o tema morte e morrer como também do desenvolvimento do cuidado paliativo nas instituições de ensino, indicando, portanto, a necessidade de adequações na formação dos profissionais de enfermagem.

Na análise dos sentimentos que emergem dos trabalhadores de enfermagem enquanto assistem o paciente com doença oncológica em cuidados paliativos, os resultados evidenciaram que vivenciam sentimento de tristeza, angústia, dor e medo. Reportaram ainda sensação de impotência e tristeza por não conseguirem manter a vida do paciente, demonstrando pouca compreensão sobre o processo de morte/ morrer e a finitude da vida. Do mesmo modo, apreendeu-se que os participantes reconheceram que esta situação pode causar prejuízo para a saúde, pois identificaram a necessidade de suporte emocional e apoio psicológico.

Devido a maior proximidade com o paciente, os participantes apontaram estreita relação com a família, e reconheceram as dificuldades em lidar com o familiar, que também se encontra fragilizado. Ademais, constatou-se que quando há a formação de vínculo afetivo por conta do maior tempo de internação com estes doentes, o sofrimento é maior e o sentimento de perda e impotência diante da morte é mais contundente.

Tal contexto favorece a emersão de estratégias coletivas e individuais de defesa a fim de neutralizar e/ou minimizar o sofrimento. Como estratégias individuais foram identificadas: distanciamento após a jornada de trabalho; falar sobre as situações geradoras de sofrimento com familiares e amigos; busca pela religiosidade e espiritualidade; busca por atividades físicas; emprego do máximo desempenho profissional; estratégia do isolamento para lidar com o luto; sair de cena. Já as estratégias coletivas observadas foram: estratégia da descontração; amenização do sofrimento através da boa interação com os colegas de trabalho; desabafar com o colega de trabalho e isolamento da morte.

Considera-se que conhecer as estratégias defensivas que a equipe de enfermagem utiliza para defender-se do sofrimento proveniente do contexto de trabalho, contribui para elaborar ações e medidas para salvaguardar a saúde destes trabalhadores. Por conseguinte, uma organização do trabalho que não está atenta para a complexidade que envolve o cuidado a pessoas em situação terminal provoca reflexos deletérios para o tratamento oncopaliativo, bem como para a saúde do trabalhador, sendo necessárias, portanto, medidas organizacionais para solucionar as situações levantadas.

Torna-se necessário que a organização do trabalho ofereça um espaço que permita ampla reflexão e discussão das questões relacionadas ao cuidado oncopaliativo e às situações de terminalidade de vida. Para finalizar almeja-se que os resultados deste estudo venham a auxiliar na sensibilização da abordagem dos assuntos de morte e morrer nas instituições de formação, gerando subsídios para ampliar a reflexão e discussão no meio acadêmico.

Recomendações

Com base nos resultados apreendidos recomenda-se a adequação das instalações das enfermarias a fim de acolher o paciente em tratamento paliativo com maior conforto e segurança. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, é necessário que haja para cada dois leitos, uma saída de gases medicinais - oxigênio, ar comprimido medicinal e vácuo clínico. Ressalta-se que em uma das unidades investigada, não há saídas de gases medicinais suficientes para o quantitativo de leitos. Duas das unidades estudadas, não possuem aparelhos de ar condicionado, portanto seria ideal a climatização destas unidades para oferecer um ambiente confortável e agradável.

Recentemente o Ministério da Saúde publicou a Resolução MS-CIT nº 41/18 que normatiza a oferta de cuidados paliativos, e que tem como um de seus objetivos fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde. Para atender a resolução, sugere-se implementar dentro do programa teórico dos cursos de especialização *lato sensu* na modalidade de residência em enfermagem, conteúdos direcionados ao processo de morte e morrer, bem como referentes à assistência em cuidados paliativos.

Para os profissionais da instituição, propõe-se a oferta de cursos de capacitação e/ou atualização em cuidados paliativos. Para facilitar a adesão dos profissionais este conteúdo pode ser ofertado nos setores como forma de treinamento em equipe, promovidas por um profissional capacitado ou até mesmo por residentes que já tiveram contato com a temática em sala de aula.

Por fim, recomenda-se uma aproximação e diálogo com o serviço de psicologia médica no intuito de propor uma discussão de frequência mínima mensal em formato “roda de conversa” com as equipes de enfermagem para proporcionar momentos de fala e escuta destes profissionais que têm maior contato com pacientes com câncer em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, G. R. F. A terapia do (bom)humor nos processos de cuidado em saúde. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 69–74, jan./abr. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5062/4335>>. Acesso em: 19 out. 2018.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação, elaboração de projetos físicos de EAS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.
- ALCÂNTARA, E. H. et al. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Rev. Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 8, n. esp., p. 2673, 2018. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2673>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- ALVAREZ, A. M. et al. O impacto da aposentadoria nas pessoas com doença de Parkinson em idade ativa. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 19, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39607>>. Acesso em: 21 out. 2018.
- ALVES, S. M. P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3043–3050, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3043.pdf>>. Acesso: 14 jul. 2017.
- ANTUNES, R. **O continente do labor**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2011. 175 p.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO. **Comissão de representação para acompanhar a crise no Pedro Ernesto é instalada na ALERJ**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.alerj.rj.gov.br/visualizar/noticia/38348?aspxautodetectcookiesupport=1>>. Acesso em: 01 out. 2017.
- BACKES, D. S. et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**, [s. l.], n. 15, p. 277–289, 2014. Disponível em: <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093>>. Acesso em: 03 out. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, N. C. B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev. de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630–640, fev. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857>>. Acesso em: 07 set. 2018.

BARROS, N. M.; HONÓRIO, L. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **REGE Rev. de Gestão**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 21–39, 20 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rege/article/view/102621>>. Acesso em: 19 out. 2018.

BECK, M. L. G.; MAGALHÃES, J. Exercícios físicos e seus benefícios à saúde mental: intersecções entre a educação física e a psicologia. **Rev. Fac. Educ. (Univ. do Estado de Mato Grosso)**, Cuiabá, v. 28, n. 2, p. 129–148, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www2.unemat.br/revistafaed/content/vol/vol_28/Faed_28.pdf#page=129>. Acesso em: 14 out. 2018.

BERNARDES, C. et al. Percepção de enfermeira(o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 31–41, jan./abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1220, de 03 de junho de 2014. Altera o art. 3º da Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 de junho de 2014. Seção 1, p. 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 de novembro de 2018. Seção 1, p. 276. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS**, [s. l.], v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/download/.../723>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BUSHATSKY, M. et al. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Rev. Bioethikos**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 399–408, 2012.

CAMARGOS, B. F.; MATOS, L. R. P.; PENA, H. P. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 4, n. 3, p. 1374–1381, set./dez. 2014.

CAPELLO, E. M. C. S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida. **J. Health Sci. Inst.**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 235–40, 2012.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: uma vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134–1141, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 7 set. 2018.

CARRASQUEIRA, F. A.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE DA PUCPR, 2010, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Saúde Mental e Psicanálise, 2010. v. 5, n. 1. Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/JM?dd1=4375&dd99=pdf>>. Acesso em: 03 out. 2017.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.

CERVELIN, A. F.; KRUSE, M. H. L. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 136–142, mar. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158–166, fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2018.

COMISSÃO PERMANENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**: cartilha. [s. l.: s. n.], 2015. 24 p. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 564, de 5 nov. 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 de dezembro de 2017. Seção 1, p. 157.

Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSSI, M. S. et al. A capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem inserida no ambiente hospitalar. **Rev. de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 43, p. 5–9, jan./mar. 2015.

CRUZ, E. J. E. R.; SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira. **Online Brazilian J. of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 3, out. 2007. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.994/265>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CRUZ, N. M. **Perfil dos pacientes internados nas unidades de cirurgia geral de um hospital universitário**. 2015. Disponível em:

<<http://www.sr3.uerj.br/usm/semanadegraduacao.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2016.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Curitiba, v. 33, n. 1, p. 186–90, mar. 2012.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

_____. **Loucura no trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. [s. l.]: Cortez Oborê, 2015.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. v. 1, p. 149–173.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Prod.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2019.

DEJOURS, C.; ABOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. **Origem da palavra trabalho**. Disponível em: <<https://www.dicionarioetimologico.com.br/trabalho/>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589–2596, set. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2018.

FIGUEIREDO, J. M.; ALEVATO, H. M. R. A visão de prazer e sofrimento da psicodinâmica do trabalho ante a precarização e a intensificação do trabalho: breve reflexão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 33., 2013, Salvador. **Anais...** Salvador: Engenharia de Produção, 2013. 21 p.

FONSECA, M. L. G. **Da prescrição à criação**: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, H. C. P. et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **RGS**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 48–61, 2017. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2018.

FREITAS, T. L. L. et al. A visão da enfermagem diante do processo de morte e morte de pacientes críticos: uma revisão integrativa. **Doente Glob.**, Murcia, v. 15, n. 41, p. 322–334, janeiro de 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2018

FUKUMITSU, K. O. e KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100002>. Acesso em 10 jan. 2019.

FULY, P. S. C. et al. Nursing workload for cancer patients under palliative care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 792–799, 2016.

GAZETA DO POVO. **Atraso no pagamento de salários afeta 1,5 milhão de servidores em 11 estados**. Curitiba, 01 maio 2016. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/economia/atraso-no-pagamento-de-salarios-afeta-15-milhao-de-servidores-em-11-estados-emrnmths9qijfcqw05xnn7ij>>. Acesso em: 1 out. 2017.

GHIZONI, L. D. et al. Clínica psicodinâmica do trabalho: a prática em diversos contextos de trabalho: desafios. **Rev. Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, Palmas, v. 1, n. 1, p. 74–92, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
GOI, M. G.; OLIVEIRA, D. R. Produção do conhecimento de enfermagem acerca de cuidados paliativos: revisão narrativa. **Rev. Contexto & Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 34, p. 20–26, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6585>>. Acesso em: 17 set. 2018.

GOMES, L. B.; GONÇALVES, J. R. Processo de luto: a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. **Rev. de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 49, n. 2, p. 118–139, nov. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2015v49n2p118>>. Acesso em: 19 out. 2018.

GONÇALVES, F. et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 22, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GONCALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646–653, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GONÇALVES, P.C.; BITTAR, C.M.L. Estratégias de enfrentamento no luto. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./jun. 2016. Disponível em <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6017>> Acesso em 10 jan. 2019.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 22 ago. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.

_____. **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>.
Acesso em: 23 ago. 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. **O que é câncer**. São Paulo, 2011. Disponível em:
<<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=2&id=474&menu=2>>.
Acesso em: 5 maio 2017.

KAUFMAN, A. Alimento e emoção. **ComCiência**, Campinas, n. 145, fev. 2013. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2018.

LACOMBLEZ, M. Editorial. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 8–9, 2011. Disponível em:
<<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338944525472>>. Acesso em:
24 ago. 2017.

LAMB, F. A. et al. Estratégias defensivas de trabalhadoras de enfermagem em pronto-socorro pediátrico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 453–460, jul./ago. 2017. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324053756005/html/index.html>>. Acesso em: 21 out. 2018.

LANCMAN, S., SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho em enfermagem hospitalar: abordagem de revisão da literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104–1112, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. em Foco**, Brasília, DF, v. 7, n. esp., p. 9–14, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>>. Acesso em: 15 jul. 2018

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

MARIANO, P. P.; CARREIRA, L. Estratégias defensivas no ambiente laboral da enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Curitiba, v. 37, n. 3, p. 58587, set. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/58587>>. Acesso em: 14 out. 2018.

MATOS, I. B. et al. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 239–244, jul. 2013.

MEDEIROS, N. S.; MENDES, D. R. G. As percepções da equipe de enfermagem durante o processo de morte do paciente hospitalizado. **Rev. de Divulgação Científica Sena Aires**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 189–196, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/105/57>>. Acesso em: 24 set. 2018.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: _____ (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2017.

MENZIES, I. **The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties**. Trad. Adap. Arackcy Martins Rodrigues I. H. R., 1970. Mimeo. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIORIN, J.D. et al. Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 2, ago. 2016. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/796>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

- MONTEIRO, R. P. et al. O processo de transição profissional na perspectiva de técnicos de enfermagem que se tornaram enfermeiros. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 16, n. 4, p. 777–786, dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24129>>. Acesso em: 13 out. 2018.
- MORAES, C. J. A.; GRANATO, T. M. M. Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte. **Psico**, [s. l.], v. 45, n. 4, p. 475–484, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15571/12474>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- MORAIS, E. N. et al. Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro–RJ. **Rev. Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 318–325, abr. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6000>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129–35, mar. 2011.
- NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. C. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 3 out. 2018.
- NEVES, D. R. et al. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 318–330, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512018000200318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Jan. 2019.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, set. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>>. Acesso em: 3 out. 2018.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569–576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2018.
- OLIVEIRA, O. V. S. **As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro**: uma revisão integrativa. 2014. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- PAULUZE, T. Diagnóstico de câncer ainda é gargalo para pacientes do SUS. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 04 set. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/2017/09/1915596-diagnostico-de-cancer-ainda-e-gargalo-para-pacientes-do-sus.shtml>>. Acesso em: 4 out. 2018.

PEREIRA, A.C.E. ; MENDES, D.P. ; MORAES, G.F.S. Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais. **Laboreal**, Porto , v. 13, n. 1, p. 24-38, jul. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jan. 2019.

PINTO, E. S. G.; RODRIGUES, A. S. Reflexões sobre câncer, corpo e cuidado: sentimentos de enfermeiros atuantes em um hospital do sul da Bahia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v. 8, n. 1, p. 40–46, 2017.

PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2004.

PIRES, L. C. B. et al. Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 54–57, fev. 2013. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/504>>. Acesso em: 10 out. 2018

PITTA, A. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.35–60, 1996.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

RIBEIRO, J. P. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 5136–5142, out. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4016>>. Acesso em: 16 set. 2017.

RODRIGUES, L. A.; LIGEIRO, C.; SILVA, M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. **CuidArte Enferm.**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 26–35, 2015.

SÁ, C.M.S. et al. Organização do trabalho e seus reflexos na atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar. **Rev enferm UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 50-55, set. 2012. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3975/2758>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SALUM, M. E. G. et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 528–535, jul./ago. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/20280/30814>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SANTOS, F. M.. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Rev. Eletrônica de Educação*, São Carlos, v. 6, n. 1, p.383–387, maio 2012. Resenha de: BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br>>. Acesso em: 17 set. 2017.

SANTOS, J. L.; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 3, p, 199–203, set./dez. 2014.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757–2768, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2018.

SCANNAVINO, C. S. S. et al. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 35–53, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.
SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180–185, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2017.

SILVA, S.M.A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 253-257, Jul 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n_62/v03/sumario.asp&volume=62&numero=3> . Acesso em: 21 jan. 2019.

SILVA, W. C. B. P. et al. Percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos oncológicos: estudo fenomenológico. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 13, n. 1, p. 72–81, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2018.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Permissão da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7–16, março de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018.

SILVINO, Z. R. S. R. et al. Como estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador de enfermagem: uma revisão integral da literatura. **Rev. de Pesquisa e Assistência Fundamental Online**, [s. l.], n. 2, jul./set.2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750832017>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Influências neoliberais no processo e organização do trabalho hospitalar de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n.5, p.912–919, out. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500912&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2018.

SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, M. T. L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 425–435, 2002.

SULZBACHER, M. et al. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Sci. Med.**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 11–16, 2009.

Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/3873/781>>. Acesso em: 19 out. 2018.

TAVARES, A. G. S.; NUNES, J. S. S. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. **Rev. Enferm. Contemporânea**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 39–47, jan./jun. 2015. Disponível em:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/465/433>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 40-55, Jun 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2019.

VASQUES, T. C. S. et al. Cuidados paliativos no cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde e de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 8, supl. 2, p. 3797–3805, out. 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10123/10610>>. Acesso em: 20 set. 2018.

VASQUES, T. C. S., et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da implementação dos cuidados paliativos. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6303>>.

Acesso em: 25 ago. 2017.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2016.

VICENSI, M. C. et al. **Enfermagem em cuidados paliativos**. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. 60 p. (COREN/SC Orienta, v. 4).

VILELA, E. F.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Vivências de prazer-sofrimento no trabalho do professor universitário: estudo de caso em uma instituição pública. **REAd. Rev. Eletrôn. Adm.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 517–540, ago. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2017.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414–418, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002. Disponível em:

<<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

ZUCOLO, F.; PAULINO, C. P.; WHITAKER, M. C. O. A percepção do enfermeiro sobre cuidados a pacientes oncológicos. **Rev. ReBraM**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 51–57, jun. 2014.

Disponível em: <<http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/5>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

APÊNDICE A – Instrumento de captação de dados

Roteiro para condução do grupo focal:

Início:

Apresentação da moderadora e demais membros, explicação do funcionamento da reunião - a moderadora se apresenta aos participantes e explica a dinâmica do grupo focal, preparando-os para o que irá acontecer. Esclarece que a conversa será dirigida e gravada, para elaboração de um relatório, na qual não existe opinião certa ou errada, todas sendo igualmente importantes. Pede que cada participante faça uma breve apresentação informando idade, estado civil, formação profissional e função exercida na unidade. Estabelece algumas regras, são elas: a) só uma pessoa fala por vez; b) evitam-se discussões paralelas para que todos participem; c) ninguém pode dominar a discussão; d) todos têm o direito de dizer o que pensam.

Percepções e vivências:

- Discorra sobre a vivência de cuidar de um paciente com câncer em tratamento paliativo.
- Considera que seu ambiente de trabalho favorece o cuidado ao paciente com doença oncológica em tratamento paliativo?
- Que sentimentos emergem quando pensa no processo de cuidado do paciente com doença oncológica em tratamento paliativo, considerando os recursos materiais e humanos à disposição e seu treinamento para tal função?
- Que estratégias você utiliza para lidar com as características desse tipo de paciente?
- Essas estratégias são suficientes para minimizar possíveis sentimentos indesejáveis decorrentes da vivência laboral com estes pacientes?

APÊNDICE B – Diário de campo

DIA	HORA	LOCAL	FATO OBSERVADO	PROFISSIONAL ENVOLVIDO

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo”**, que tem como objetivos: identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos, analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos e caracterizar as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos. Para isso, convidamos o Sr./Sr.^a para participar de um grupo focal com no máximo 12 participantes, onde serão levantadas questões a respeito do tema, sendo aberto espaço para escuta dos participantes. As respostas serão registradas, com auxílio de gravador de vídeo e voz e serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. É garantido ao participante total sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e também liberdade total de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que sofra penalização ou prejuízo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. Esta pesquisa não oferece nenhum benefício financeiro nem requer custos ao participante. Entretanto, torna-se obrigatória a suspensão imediata da pesquisa ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa. Ressalto que os dados ficarão armazenados com a pesquisadora num prazo de cinco anos após o término da pesquisa, sendo posteriormente descartados. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone, e-mail e o endereço da Instituição dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, _____ de, _____ de 2018.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Pesquisadoras responsáveis:

Assinatura da Pesquisadora
 Priscila Francisca Almeida
 Tel.: (21) 987008543
 Email: priscila.al@gmail.com

Assinatura da Pesquisadora e Orientadora
 Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
 Tel.: (21) 999944690
 Email: norval_souza@yahoo.com.br

APÊNDICE D – Carta de Anuência para chefia da enfermagem



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem**



À Enfermeira Rejane Araújo de Souza,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo a ser realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto, pela aluna de mestrado Priscila Francisca Almeida, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, com os seguintes objetivos: Identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; Analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; Caracterizar as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nas enfermarias de cirurgia geral e cirurgia torácica da instituição, que se dará por meio de observação participante da equipe de enfermagem e grupos focais. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 510/16, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Departamento, agradecemos antecipadamente a atenção e ficamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da Pesquisadora
Priscila Francisca Almeida
Tel.: (21) 98708543
Email: priscila.al@gmail.com

Concordo com a solicitação

Não concordo com a solicitação

Rejane Araújo de Souza
Enfermeira Coordenadora da Enfermagem

APÊNDICE E – Carta de Anuência para chefia de clínicas cirúrgicas



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem



Ao Enfermeiro Reginaldo Paulino da Costa,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo a ser realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto, pela aluna de mestrado Priscila Francisca Almeida, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, com os seguintes objetivos: Identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; Analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos; Caracterizar as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos. Necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nas enfermarias de cirurgia geral e cirurgia torácica da instituição, que se dará por meio de observação participante da equipe de enfermagem e grupos focais. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 510/16, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Departamento, agradecemos antecipadamente a atenção e ficamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da Pesquisadora
Priscila Francisca Almeida
Tel.: (21) 987008543
Email: priscila.al@gmail.com

Concordo com a solicitação Não concordo com a solicitação

Reginaldo Paulino da Costa
Enfermeiro Coordenador das Enfermarias Cirúrgicas

APÊNDICE F – Quadro das unidades de registro

Quadro 3 – Unidades de registro (continua)

1	<p>Não tem suporte em termos de estrutura P1 Não tem estrutura nenhuma, a começar pela rede de oxigênio que a gente não tem P1 A gente tem que correr atrás de tudo P1 É muito difícil trabalhar pela questão estrutural P1 Não tem estrutura, não tem banheiro próprio, não tem nada ali específico para aquele paciente P2 Não tem estrutura para acompanhar esse tipo de paciente P3 Não há condições para os profissionais que trabalham ali, assistirem esse paciente P3 Deixa um pouco a desejar na questão de ambiente, poderia ser um pouco melhorado, a questão da pintura, do chão, de tudo P4 O ambiente não traz nenhum tipo de conforto P4 O ambiente tinha que ser melhorado para este paciente P4 A infraestrutura está deficitária P5 Fica na barreira da infraestrutura P6 O ambiente tinha que ser diferenciado P6 Ali não tem conforto, principalmente para o profissional P6 O setor peca nessas situações P6 Não só a minha enfermaria, mas como todo hospital, não tem essa infraestrutura P6 A estrutura não favorece de forma alguma P7 Não tem um quarto reservado P7 Nós não temos uma enfermaria montada para receber pacientes em cuidados paliativos P8 Enfermarias abertas com 10 leitos onde o paciente não tem a sua privacidade P8 Hoje a planta física das enfermarias ela já não condiz com a realidade dos hospitais modernos P8 A planta física da instituição não favorece P8 A nossa enfermaria não favorece realmente o atendimento para pacientes em cuidados paliativos P9 Paciente não tem nada na enfermaria que dê um pouco de descanso e privacidade, tudo que ele precisa naquele momento P11</p>	Pontos de vista sobre a organização do trabalho – estrutura física
---	---	--

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

1	<p>Não tem nada que separa um paciente de outro, somente o espaço P13 Para dar privacidade a gente acaba tentando cobrir com biombos, mas não dá certo P14 O ambiente com certeza não é o ideal P15 A enfermaria é aberta, o paciente fica exposto a todos P18</p>	Pontos de vista sobre a organização do trabalho – estrutura física
2	<p>Você fica com pena P1 É doloroso porque a gente se sente impotente P1 É muito difícil, dói P1 Me dói profundamente por dentro P2 Isso me causa um sofrimento muito grande P2 Me sinto impotente em não poder fazer nada P2 A gente sofre junto com ele nessa fase terminal P2 As vezes o paciente cativa tanto que é difícil não sentir essa dor P2 O sentimento que eu tenho é um sentimento de dor, é como se fosse uma angústia P3 E aí quando essa paciente faleceu aí veio a dor, a dor aumenta e a angústia aumenta P3 Eu digo uma única palavra: sofrimento P4 É um sofrimento pra gente também P4 A gente sofre muito porque a enfermagem é muito sobrecarregada P4 Infelizmente eu sofro bastante P4 A gente sofre muito porque a gente está 24h com o paciente no leito P5 Quando começa chegar naquela reta final é muito doído porque você sofre com a família, você sofre com o fato de estar perdendo a pessoa e não poder fazer nada P5 Você se sente meio impotente né, porque você está lutando com a morte P5 É muito sofrido P5 Muito dolorido para toda a equipe P5 Eu choro na frente do paciente P5 É um cuidado muito sofrido P5 É triste e também gratificante P6 Eu chorei junto com a família P6 A dor é inevitável P6</p>	Sentimentos que emergem em relação ao processo de cuidado ao paciente com doença oncopaliativa

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

2	<p>A gente se revolta P7 Eu quase entrava em depressão, não era ideia de suicídio, mas era depressão P8 Eu chorava muito e não queria mais nada P8 Você termina recebendo uma carga emocional e uma cobrança muito mais direta P8 Nada muito diferente do que eu sinto em relação a outros pacientes que também não sejam paliativos P9 O profissional também sofre muito P9 Turbilhão emocional P9 Eu sinto tristeza, fico triste, penso em mim e choro P10 Me machuca muito P13 Abala a gente P 14 Eu fico arrasada P15 A lágrima escorre, eu olho pra cima por que eu sou chorona P17 O convívio com a morte é doloroso P18</p>	<p>Sentimentos que emergem em relação ao processo de cuidado ao paciente com doença oncopaliativa</p>
3	<p>A gente tem uma barreira que não consegue comunicação com o médico que já chega com autoridade P1 Falta de conduta e manutenção da terapia médica P2 Alguns médicos falam que não vão investir outros falam que vão investir P2 Eu percebo também que as equipes multi profissionais elas não conversam entre si P3 Às vezes demoram muito tempo para estabelecer que o paciente é de tratamento paliativo P3 Eu sinto essa falta de comunicação entre as equipes e entre os plantões diários P3 Cada médico adota uma conduta e a sua comunicação acaba não passando para o resto da equipe P4 Então a gente tem que correr atrás mesmo, saber se o médico vai fazer prescrição, ficar ligando P4 Comunicação é muito difícil P5 Muitas vezes as pessoas não se preocupam nem em ler o prontuário P5 Às vezes interna o paciente fora de clínica, não conversa com a equipe e não se comunica de forma adequada P5 A gente nunca sabe muito e aconteceu com o paciente ou o que vai acontecer com o paciente P6 Tem essa falta de continuidade P6 Não existe uma interação entre em as equipes P7 Sensação de que eles não esclarecem P14</p>	<p>Processo de comunicação difícil entre os membros da equipe multidisciplinar</p>

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

4	<p>Eu reparo que existem muitas dúvidas na própria equipe em relação ao cuidado com este paciente P5</p> <p>A equipe não está preparada para estes cuidados P5</p> <p>A gente não está preparado P5</p> <p>Para os profissionais que não têm certa educação, certa qualificação, a assistência realmente fica defasada P6</p> <p>Não tem essa caracterização de uma equipe multidisciplinar em prol disso P7</p> <p>Este hospital está anos luz atrás de um possível conhecimento para acolher o paciente em cuidado paliativo P8</p> <p>Não vejo nenhum preparo para o profissional que se vê lidando com este paciente P9</p> <p>Parece e deve ser até uma falta de conhecimento da própria equipe médica que gerencia esta situação P9</p> <p>O que me incomoda é inexperiência dos profissionais em relação a isso P14</p> <p>Às vezes você tem que lidar com o seu próprio colega que não aceita, que não sabe lidar P15</p>	<p>Qualificação profissional deficitária para o processo de cuidado de pacientes com doença oncopaliativa</p>
5	<p>Eu acho que a morte tem que ser uma morte digna e a gente tem que estar ali P4</p> <p>Nós somos profissionais educados a cuidar da vida, somos orientados na academia pra isso, aí você chega e o paciente está morrendo P5</p> <p>Foi a óbito e não teve uma morte digna P5</p> <p>Às vezes a morte súbita é mais simples P6</p> <p>Esse processo morte, que envolve paciente e família, nós também passamos por aquele processo no momento P6</p> <p>Eu encaro a morte como uma passagem P7</p> <p>Eu canso de ver pessoas que não tem preparo emocional para lidar com a morte P8</p> <p>Isso era um preparo esperado desde o banco da universidade que eu não vejo perspectiva de mudança em curto prazo P8</p> <p>A morte está do nosso lado, convive com a gente 24h, a gente é que não compreende e aceita P8</p> <p>Pessoas vendo aquele doente com o biombo, agonizando P8</p> <p>Nós somos muito mal treinados a cuidar do paciente o preparando para a morte P9</p> <p>Nem nós mesmos estamos preparados para morte do paciente P9</p> <p>É difícil até sobre a morte mesmo, a gente não tem isso na faculdade P12</p> <p>A gente estuda para salvar a vida de alguém, a gente nunca está preparado para perder P12</p>	<p>Percepções sobre o processo de morte e morrer de pacientes com doença oncopaliativa</p>

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

6	<p>A gente tem que visar o paciente, o acompanhante, família do paciente P1 Você de algum jeito precisa apoiar e tratar esta parte psicológica do acompanhante, do familiar P1 Mas difícil mesmo é lidar com a família, e o familiar muitas das vezes não aceita a doença P2 É difícil também trabalhar na cabeça do familiar que a partir daquele dia ele vai precisar ajudar o seu ente querido P2 A gente se preocupa não só com paciente mas com a família toda em si P4 A família que vem e te abraça buscando apoio em você P5 Mas a família ainda não consegue lidar com esse tipo de morte P6 Aí quando chega a família e vê aquela agonia do paciente aí que piora ainda mais porque a família também entre em choque, ela não está preparada para aquilo P7 Nós que somos da assistência direta, recebemos um baque, imagina um familiar P7 Quando o leigo entra para visitar, acha que seu familiar vai terminar assim P7 Então a família fica ali P7 Deixar só que a família e a equipe assistam P8 Se vê lidando com esta família que está cheia de angústia que está em desespero P9 Não vejo nenhum preparo para esta família P9 A família sofre junto depois vai embora P9 Às vezes nós somos cobrados pelo familiar P9 Às vezes a família tem dez pessoas e um sabe, dois sabem, eles omitem para o próprio restante da família P9 Funciona muito mais se ela tiver em casa com a sua família P9 A família está disposta? P9 A equipe fica muito sobrecarregada porque ela tem que se ocupar com paciente e com familiar P10 Não há um amparo para família P10 Desperta na gente a necessidade de talvez criar, na própria enfermaria, este momento para funcionário, para um familiar P10 Se tivesse o apoio à família do paciente seria um pouco menos desgastante P10 A gente precisa de alguma forma apoiar a família, responder a família P10 A gente vê a família sofrer P10 A gente não tem um momento de reserva com paciente, com a família P10 Mas em alguns casos aqui também falta clareza da família P14 Você tem que lidar com a família que às vezes é mais complicado do que o próprio paciente P15</p>	<p>Preocupações e percepções a respeito de familiares de pacientes com doença oncopaliativa</p>
---	---	---

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

6	<p>Eu sempre tive muita paciência, muito carinho tanto com paciente como com a família P16</p> <p>O familiar tem dia que está bem e tem dia que não está bem P17</p>	<p>Preocupações e percepções a respeito de familiares de pacientes com doença oncopaliativa</p>
7	<p>Mas vai ser algo assim só paliativo, só para dar sobrevida para ele P2</p> <p>A gente vê que o paciente é paliativo, já em fase terminal P2</p> <p>A gente sabe que se é paliativo não vai tratar mais a doença, não tem mais cura P2</p> <p>Aí esses pacientes tendem a entrar justamente no cuidado paliativo P3</p> <p>Acho que demora demais pra começar o processo de palição P3</p> <p>Não é porque o paciente está em cuidados paliativos que ele a gente pode deixar ele no ambiente que não traz nenhum tipo de conforto P4</p> <p>Mas a gente sabe que é um cuidado paliativo que não tem como a gente reverter o quadro P4</p> <p>Você vê o paciente chegando de uma maneira mais estável mas você acompanha todo declínio até a hora da morte P5</p> <p>Porque o paciente já está ali em tratamento paliativo, como a gente pode melhorar? P5</p> <p>Então uma pessoa já está “paliando”, já está caminhando para o fim de vida P5</p> <p>Demorou a encaminhar ela para o cuidado paliativo P5</p> <p>Muitas das vezes já chega no seu final de tratamento , visando já o tratamento paliativo P6</p> <p>Seria interessante ter um fluxo para paciente em tratamento paliativo P6</p> <p>Eu acho que o paciente em cuidados paliativos independente de qualquer situação você tem que encarar P7</p> <p>Eu consigo conviver com pacientes em cuidados paliativos P8</p> <p>Se a gente não tem uma atitude que seja mais vistosa, pode parecer para esta pessoa que a gente não está atendendo P9</p> <p>A gente vê que o perfil da enfermaria vai mudando e está muito diferente em termos percentuais, quantos pacientes são cirúrgicos e quantos pacientes são paliativos? P9</p> <p>Hoje a gente está transformando a enfermaria em uma grande clínica médica de cuidados paliativos P9</p> <p>Muitas das vezes a gente está ali atendendo um paciente e ele nem sabe qual é o problema dele. Não sabe que ele é um paciente em cuidados paliativos P9</p> <p>cuidados paliativos que é uma situação onde a pessoa sabe ou imagina ou a família que não vai ter condições</p>	<p>Percepções sobre o tratamento paliativo</p>

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

7	<p>de melhorar P9 Porque a nossa enfermaria tem muitos cuidados paliativos e cada vez mais vem aumentando P10 Quem está à frente atualmente dos cuidados paliativos agora, acho que cuida mais é da parte espiritual P11 Aqui na enfermaria está se tornando mais comum P13 Eu vejo muito mais paciente com câncer em estágio paliativo do que antes P17 Está se tornando a realidade de muitos hospitais P18</p>	Percepções sobre o tratamento paliativo
8	<p>Tentando visar mesmo só o conforto do paciente nada mais P2 Quando a gente sabe que o paciente está indo, mas está indo com conforto a gente fica mais tranquilo P2 A gente sabe muito bem que o conforto faz toda diferença P6 Não faz nenhum conforto para ele desencarnar em paz P7 Eu não vejo a partir daí uma conduta para garantir conforto para este paciente P9 Às vezes até a gente precisa fazer algum tipo de solicitação de medidas de conforto para este paciente P9 Ela faleceu em casa com mais conforto P11 Porque as pessoas não tem essa visão do conforto P14 Quando ele morre com certo conforto, sem dor é uma coisa P15</p>	Atenção ao conforto do paciente com doença oncopaliativa
9	<p>A psicologia, eu sinto que ela poderia fazer muito mais pelo paciente P3 Ter um psicólogo já inicial para fazer uma anamnese junto com o enfermeiro P6 Se a gente reunisse o médico, o técnico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, para ver o que a gente pode fazer de melhor para ele P7 Eu não vejo nenhum tipo de preparo psicológico para esse paciente P9 Paciente com a dor física, com aquela dor psicológica P9</p>	Amparo psicológico ao paciente com doença oncopaliativa
10	<p>Eu acho que enfermagem poderia ser assistida pela psicologia P4 Você não tem um amparo psicológico P5 Eu fiz um ciclo de uma psicóloga sobre autoconhecimento P6 Já que nós não temos um apoio psicológico P8 Alguém para olhar por nós para que a gente conseguisse de alguma forma esvaziar P10 Fico pensando também o quanto esse profissional não poderia se estender também aos funcionários P13 Não é só o paciente que precisa de apoio P18</p>	Amparo psicológico à equipe de saúde

Quadro 3 – Unidades de registro (continuação)

11	<p>Eu procuro não levar isso para casa P1 Tento não ligar para enfermaria para saber P1 Não levar pra casa P2 Conversar também com outras pessoas sobre o assunto, sobre o paciente já me alivia um pouco P2 Ouvir opiniões P2 Uma coisa que me ajuda pessoalmente muito é essa questão da religião, é a fé P3 Eu vou lá para o quartinho e abro a minha boca mesmo, eu sofro mesmo P4 Tem uma coisinha ou outra que eu comento com meu esposo P4 Pedir para ir para outro setor, no ambulatório por exemplo P4 Eu me apoio na fé, na família P5 Quando eu chego em casa eu abro meu coração P5 Atividade física, eu adoro correr P6 Eu gosto muito de música então são coisas que eu sempre tento me desligar P6 Quando eu saio, não guardo. Dificilmente eu fico falando sobre o paciente toda hora P6 Sempre tento dar uma pitada de humor P6 A minha religião me ajudou bastante P8 O aspecto religioso te conforta muito P8 Vejo a religião como uma grande base P8 Respeitar o paciente na hora que ele está sofrendo P9 o que eu acho que vai me fazer sentir melhor quando estou longe do paciente, é o que eu faço quando estou do lado dele P9 Eu choro P10 Eu tenho que ter um meio de dormir P10 Eu faço atividade física P10 Encontrei um pouco mais de prazer na comida P10 Me desligo totalmente quando dá o meu horário de ir embora P11 A religião ajuda muito P12 Eu chorava P12 Cedo o lugar para outro colega assumir, saio de cena P13 A gente chega em casa triste e fala com a família P15 Eu peço forças a Deus P16</p>	Estratégias individuais de defesa
----	--	-----------------------------------

Quadro 3 – Unidades de registro (conclusão)

11	Quando eu me sinto meio sufocado, eu troco com o colega P16 Às vezes eu saio e vou lá pra dentro, vou lavar o rosto P17	Estratégias individuais de defesa
12	A gente procura sempre estar rindo, sempre brincando P1 Estar sempre sorrindo, estar sempre interagindo com os médicos, com outros profissionais P2 O grupo consegue lidar com leveza P5 A gente sempre utiliza o humor, a alegria P6 Interagir mais com os meus colegas P7 A gente brinca dentro do respeito P7 O grupo parece ser forte, o grupo parece ser unido e isso é muito bom para trabalhar P8 Uma conversa com os próprios colegas já ajuda P13 Quando a gente divide a tristeza com o colega, ameniza o ambiente porque nos apoiamos P15	Estratégias coletivas de defesa
13	A gente pega um vínculo com o paciente P2 Porque eu não peguei vínculo nenhum afetivo P2 A gente cria um vínculo com o paciente e a família P5 Mas aquele paciente que você acompanha todas as fases você vem de um vínculo P5 Você vai pensar mesmo, principalmente o paciente que criou vínculo P5 Todo mundo acaba criando uma espécie de vínculo de amizade P9 Quando paciente fica internado muito tempo e vai a óbito o sentimento é diferente P15	Processo de formação de vínculo com o paciente com doença oncopaliativa

Fonte: A autora, 2018.

APÊNDICE G – Quadro da quantificação de unidades de registro por tema

Quadro 4 – Quantificação de URs por tema (continua)

Código UR	UR	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	Total de UR	Nº de entradas	% UR
1	Pontos de vista sobre a organização do trabalho – estrutura física	4	1	2	3	1	5	2	4	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	28	14	12,3%
2	Sentimentos que emergem em relação ao processo de cuidado ao paciente com doença oncopaliativa	3	5	2	4	7	3	1	3	3	1	0	0	1	1	1	0	1	1	37	15	16,2%
3	Processo de comunicação difícil entre os membros da equipe multidisciplinar	1	2	3	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	15	8	6,6%
4	Qualificação profissional deficitária para o processo de cuidado de pacientes com doença oncopaliativa	0	0	0	0	3	1	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	10	7	4,4%
5	Percepções sobre o processo de morte e morrer de pacientes com doença oncopaliativa	0	0	0	1	2	2	1	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	14	7	6,1%
6	Preocupações e percepções a respeito de familiares de pacientes com doença oncopaliativa	2	2	0	1	1	1	4	1	7	7	0	0	0	1	1	1	1	0	30	13	13,1%
7	Percepções sobre o tratamento paliativo	0	3	2	2	4	2	1	1	5	1	1	0	1	0	0	0	1	1	25	13	11,0%
8	Atenção ao conforto do paciente com doença oncopaliativa	0	2	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	9	7	3,9%

Quadro 4 – Quantificação de URs por tema (conclusão)

9	Amparo psicológico ao paciente com doença oncopaliativa	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	2,2%
10	Amparo psicológico à equipe de saúde	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	7	3,1%
11	Estratégias individuais de defesa	2	3	1	3	2	4	0	3	2	4	1	2	1	0	1	2	1	0	32	15	14,0%
12	Estratégias coletivas de defesa	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	9	8	3,9%
13	Processo de formação de vínculo com o paciente com doença oncopaliativa	0	2	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7	4	3,1%	
	Total	13	21	11	17	28	24	15	19	27	14	4	4	6	6	8	3	4	4	228	122	100%

Fonte: A autora, 2018.

APÊNDICE H – Quadro de caracterização dos temas e categorias

Quadro 5 – Caracterização dos temas e categorias

Categorias	Nº de URs	%UR	Código Temas
1º Configurações da organização do trabalho e a problemática da assistência ao paciente com doença oncopaliativa	62	27,19%	1;3;4;8
2º Sentimentos decorrentes do processo de cuidar/cuidado ao paciente com doença oncopaliativa	125	54,82%	2;5;6;7;9;10;13
3º Estratégias defensivas adotadas para o cuidado dos pacientes com doença oncopaliativa	41	17,98%	11;12
Total:	228	100%	13

Fonte: A autora, 2018.

ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo.

Pesquisador: PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81886917.7.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.601.416

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-graduação em enfermagem da UERJ, aluna Priscila Francisca Almeida, sob a orientação da Professora Norma Valéria Dantas, intitulada "Estratégias coletivas de defesa da equipe de enfermagem no contexto do cuidado oncopaliativo.

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A coleta de dados será realizada através da técnica de grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a configuração da organização do trabalho para o desenvolvimento da assistência ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos, analisar os sentimentos que emergem da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho direcionado ao paciente com doença oncológica em cuidados paliativos e caracterizar as estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores de enfermagem diante do paciente com doença oncológica em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O riscos pela participação na pesquisa são mínimos, envolvendo aspectos emocionais pela verbalização de sentimentos. A pesquisadora garante que será disponibilizado suporte através da escuta ativa e apoio psicológico, se necessário. Como benefício a pesquisa pretende contribuir para uma análise crítica sobre a configuração da organização do trabalho, favorecendo uma readequação e ajustes na mesma.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.601.416

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa bem estruturada, com tema relevante e cronograma é factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados a folha de rosto, o TCLE e os termos de anuência assinados pela chefia da Enfermagem com a concordância da participação da pesquisa. A folha de rosto está preenchida e assinada pela vice-diretora da Faculdade de Enfermagem.

Recomendações:

Recomenda-se quanto ao TCLE, deve ser acrescentado o texto padrão com o endereço da COEP no rodapé do mesmo. "Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para abri de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032491.pdf	22/11/2017 20:17:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/11/2017 20:14:45	PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PB.doc	22/11/2017 15:41:11	PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA	Aceito
Outros	anuencia_2plataforma.pdf	22/11/2017 15:36:54	PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.601.416

Outros	anuencia_1plataforma.pdf	22/11/2017 15:36:18	PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_plataforma.pdf	22/11/2017 15:34:06	PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Abril de 2018

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br