

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

**SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Autor: Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Linha de Pesquisa: O Contexto de Cuidar em Saúde

Niterói, 2018

SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Autor: Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: O Contexto do Cuidar em Saúde

Niterói, 2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

S 618 Siqueira, Alex Sandro de Azeredo.
Sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de
enfermagem em cuidados paliativos oncológicos / Alex
Sandro de Azeredo Siqueira. – Niterói: [s.n.], 2018.
120 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem
Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2018.
Orientador: Prof. Enéas Rangel Teixeira.

1. Estresse Psicológico. 2. Enfermeiros. 3. Cuidados
Paliativos. I. Título.

CDD 155.9042

Bibliotecário responsável: Renata Mara de Almeida CRB-7: 6328

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
**SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Linha de Pesquisa: O Contexto de Cuidar em Saúde

Autor: Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Banca Examinadora:

Presidente - Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira – UFF

1ª examinador(a) - Profª. Drª Márlea Chagas Moreira - UFRJ

2ª examinador(a) - Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeiras dos Santos -UFF

O grande meio de transformar o sofrimento do trabalho em prazer é o reconhecimento. É aquilo que vem em forma de gratidão em relação ao que foi feito.

Christophe Dejours

DEDICATÓRIA

À minha amada mãe Isabel, pelo amor, exemplo e por sempre acreditar em mim. Minha base, te amo!

Aos meus queridos irmãos Pedro, Patrícia e Giovana, obrigado por segurarem a barra durante a minha ausência.

Ao meu grande amigo Dr. José Jackson, por fazer parte desse momento sempre ajudando e incentivando.

AGRADECIMENTO

A Deus pela forte presença e por me conceder força, sabedoria, saúde, coragem e amor não só durante esse momento, mas em toda minha vida.

Ao Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira, pelo privilégio de ser seu orientando. Obrigado por acreditar em mim e por sua generosidade em compartilhar o seu vasto conhecimento.

À Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, em especial ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, através da professora Dr^a. Eliane Ramos Pereira pela disponibilidade, incentivo e carinho.

A todos os funcionários da Secretaria do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, em especial a Sr^a. Fátima Pestana pela disponibilidade e carinho de sempre.

Aos colegas de turma (MPEA-2016), pelo companheirismo durante essa caminhada.

À direção do Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Unidade IV, pela autorização para realização desse estudo.

Aos enfermeiros e amigos da Internação Hospitalar do Instituto Nacional de Câncer (INCA) na Unidade IV, que aceitaram participar das entrevistas e contribuíram de forma direta com a realização desse estudo.

SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

RESUMO

Situação-problema: A assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos pode oferecer grande influência na saúde dos enfermeiros, pois o contato com a dor e com a morte pode torná-los vulneráveis e suscetíveis a apresentar sofrimento psíquico. **Objetivo geral:** Compreender as características da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos que geram sofrimento psíquico nos enfermeiros, como subsídio para a elaboração de uma tecnologia que ajude a reduzir esse sofrimento. **Objetivos específicos:** Conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos; Descrever as características que possam contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico dos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos e Elaborar uma tecnologia, objetivando minimizar o sofrimento psíquico dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos. **Método:** A pesquisa é exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no setor de internação hospitalar. A coleta dos dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada e o universo do estudo foi composto por 18 enfermeiros. Os dados coletados foram analisados com o QualiQuantiSoft (base na teoria do discurso do sujeito coletivo). **Resultados:** Durante a pesquisa, ficou evidente a influência do trabalho sobre o comportamento dos enfermeiros, sendo esta em alguns momentos fonte de prazer e em outros, fonte de sofrimento. A morte foi o evento de menor impacto sobre o sofrimento psíquico. Verificamos que os conflitos na equipe multidisciplinar, conflitos organizacionais e desgaste físico foram as categorias de maior impacto sobre o sofrimento psíquico. **Conclusão:** Frente às características descritas pelos enfermeiros na voz do DSC, se faz necessário desenvolver uma prática de intervenção, a fim de minimizar o sofrimento psíquico dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

Descritores: estresse psicológico; enfermeiro; cuidado paliativo.

PSYCHIC SUFFERING OF NURSES IN NURSING ASSISTANCE IN ONCOLOGICAL PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

Problem situation: Nursing care in oncology palliative care can have a great influence on nurses' health, since contact with pain and death can make them vulnerable and susceptible to psychic suffering. **General objective:** To understand the characteristics of nursing care in oncology palliative care that generate psychic suffering in nurses, as a subsidy for the development of a technology that helps reduce this suffering. **Specific objectives:** To know the experiences of nurses who provide nursing care in oncology palliative care; To describe the characteristics that can contribute to the occurrence of psychic suffering of nurses in oncology palliative care and Elaborate a technology, aiming to minimize the psychological suffering of nurses who provide nursing care in palliative care. **Method:** The research is exploratory descriptive, with a qualitative approach. The study was conducted at the National Cancer Institute (INCA), in the hospital admission area. Data were collected through a semistructured interview and the study universe consisted of 18 nurses. The collected data were analyzed with the QualiQuantiSoft (base in the discourse theory of the collective subject). **Results:** During the research, the influence of the work on the nurses' behavior was evident, being in some moments a source of pleasure and in others, a source of suffering. Death was the event of least impact on psychic suffering. We verified that the conflicts in the multidisciplinary team, organizational conflicts and physical exhaustion were the categories with the greatest impact on psychic suffering. **Conclusion:** In view of the characteristics described by nurses in the voice of the DSC, it is necessary to develop an intervention practice in order to minimize the psychological suffering of nurses who provide nursing care in palliative care. **Keywords:** psychological stress; nurse; palliative care.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Lista de abreviaturas | X |
| Lista de tabelas | XI |
| 1.0- Introdução | 12 |
| 1.1- Aproximação com o tema..... | 12 |
| 1.2- Contextualizando o estudo..... | 14 |
| 1.3- Situação problema..... | 16 |
| 1.4- Questões norteadoras..... | 17 |
| 1.5- Objetivos..... | 17 |
| 1.5.1- Objetivo Geral..... | 17 |
| 1.5.2- Objetivos específicos..... | 17 |
| 1.6- Justificativa e relevância..... | 18 |
| 2.0- Fundamentação Teórica | 20 |
| 2.1- Enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: Estado da Arte..... | 20 |
| 2.2- O enfermeiro como profissão..... | 28 |
| 2.3- Câncer e cuidados paliativos..... | 30 |
| 2.4- Contribuição de Elisabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders para os cuidados paliativos.. | 32 |
| 2.5- O enfermeiro e o sofrimento psíquico..... | 34 |
| 2.6- Referencial teórico conceitual: Christophe Dejours..... | 36 |
| 2.7- Legislação, Programas e Políticas Públicas..... | 39 |
| 3.0- Metodologia | 44 |
| 3.1- Tipo e natureza do estudo..... | 44 |
| 3.2- Cenário do estudo..... | 45 |
| 3.3- População e Amostragem..... | 47 |
| 3.4- Procedimentos éticos na pesquisa..... | 47 |
| 3.5- Procedimento e técnicas de coleta de dados..... | 48 |
| 3.6- Procedimento de análise e interpretação dos dados..... | 49 |
| 4.0 - Apresentação dos resultados | 52 |
| 4.1- Perfil dos sujeitos da pesquisa..... | 52 |
| 4.2- Os depoimentos na voz do Discurso do Sujeito Coletivo..... | 55 |
| 5.0 – Discussão dos Resultados | 64 |
| 5.1- Conhecimento sobre sofrimento psíquico..... | 64 |
| 5.2- Características da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos..... | 66 |
| 5.3- Influência da assistência sobre o enfermeiro..... | 81 |
| 6.0- Conclusão | 87 |
| 8.0- Referências | 88 |
| 9.0- Apêndices | 95 |
| 9.1- Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 95 |
| 9.2- Apêndice 2: Questionário de dados sociodemográficos..... | 100 |
| 9.3- Apêndice 3: Roteiro de entrevista..... | 101 |
| 9.4 - Apêndice 4: Produto da dissertação: Oficina de Reflexão do Trabalho..... | 102 |
| 10.0- Anexos | 108 |
| 10.1- Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro..... | 108 |
| 10.2- Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer (CEP/INCA)..... | 112 |

Lista de abreviaturas

INCA- Instituto Nacional de Câncer

MPEA- Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

PNH- Programa Nacional de Humanização

SUS- Sistema Único de saúde

MS- Ministério da Saúde

HC- Hospital do Câncer

CCIH- Comissão de controle de infecção hospitalar

DISAT- Divisão de Saúde do Trabalhador

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressões chaves

IC- Idéias Centrais

AC- Ancoragem

IAD1- Instrumento de Análise de Discurso 1

IAD2- Instrumento de Análise de Discurso 2

Lista de figuras, quadros e tabelas

| | |
|---|----|
| Figura 1: Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra..... | 22 |
| Quadro 1: Características dos estudos que compõem a amostra..... | 23 |
| Tabela 1: Distribuição dos dados sócio-demográficos dos participantes da pesquisa, RJ 2017 (n = 18)..... | 53 |
| Tabela 2: Pergunta 1, RJ 2017 (n=18)..... | 55 |
| Tabela 3: Pergunta 2 , RJ 2017 (n=18) | 56 |
| Tabela 4: Pergunta 3, RJ 2017 (n=18) | 57 |
| Tabela 5: Pergunta 4, RJ 2017 (n=18) | 58 |
| Tabela 6: Pergunta 5, RJ 2017 (n=18) | 59 |
| Tabela 7 : Pergunta 6 , RJ 2017 (n=18) | 60 |
| Tabela 8: Pergunta 7, RJ 2017 (n=18) | 63 |
| Tabela 9: Pergunta 8, RJ 2017 (n=18) | 63 |

1.0- Introdução

1.1- Aproximação com o tema

Medo, dor, condenação, fim...

Coragem, aprazimento, redenção, primícias...

Morte. Tomei ciência desse evento natural aos treze anos de idade, quando vi minha mãe chorar ao receber a notícia da morte do meu tio, irmão dela. Era janeiro de 1991 e estávamos em uma casa de praia que fora alugada para passarmos as férias de verão. Ao amanhecer ouvi alguém chamar pelo nome da minha mãe na frente da casa. Vi através de um portão de gradil que ficava apoiado no muro de tijolo aparente, que era minha prima quem chamava. Foi uma manhã inusitada, pois ver a minha mãe chorar daquela forma ao receber a notícia da morte do meu tio, foi penoso. Naquele momento, eu jamais poderia imaginar que meu futuro estaria atrelado a trabalhar com pacientes em cuidados paliativos oncológicos e que assim, presenciaria inúmeras famílias se comoverem ao perder um ente querido.

Com o passar dos anos pude observar que o significado da palavra morte sofreu várias mutações, transitando entre ser: “uma estrelinha no céu” até “um fato natural da vida”.

Ao decidir ser enfermeiro recebi várias indagações de amigos e familiares que perguntavam como eu seria capaz de ver sangue, pessoas doentes ou até mortas. Nenhum desses questionamentos reduziu o meu interesse em ser enfermeiro e de assim então, poder prestar cuidados de enfermagens a todos os pacientes, desde o nascimento até a morte.

Durante o curso de graduação desenvolvi um grande interesse por pacientes com diagnóstico de câncer e então resolvi me dedicar a essa especialidade. Por incrível que pareça até os caros colegas da graduação questionavam de como eu era capaz de gostar dessa prática onde a dor, o sofrimento e a morte eram tão peculiares.

Anos mais tarde, por volta de 2011, fui aprovado no processo seletivo do Ministério da Saúde para o Instituto Nacional de Câncer - INCA/RJ - e optei por trabalhar na unidade destinada a pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Não imaginava que esta decisão seria um marco na minha história, pois conviver

com a dor e sofrimento do outro seria um processo diário de aprendizagem e questionamento a respeito da vida.

No decorrer do exercício da minha profissão como enfermeiro do Instituto Nacional do Câncer - INCA -, me mantive atento a todos os depoimentos de pacientes, familiares e amigos enfermeiros a respeito dos sentimentos vividos por eles durante o processo de finitude. Com o tempo pude constatar que é impossível prever as reações sentidas por pacientes e familiares perante aos cuidados paliativos, pois essas reações são individuais, complexas e impossíveis de serem compartilhadas na sua totalidade.

Quanto aos enfermeiros, cada um adotava uma forma para conviver com os “assombros” causados durante a execução dos cuidados paliativos, porém muitos compartilhavam do entristecimento perante a dor e sofrimento advindo dos pacientes e seus familiares. A partir desse momento percebi que os enfermeiros dessa unidade poderiam sofrer influências psíquicas oriundas do trabalho, pois conviviam com a dor e com o sofrimento do outro, além do potencial evento da morte.

Assim sendo, senti a necessidade de analisar e elucidar os fenômenos ligados ao sofrimento psíquico dos enfermeiros que atuam nos cuidados paliativos oncológicos, na tentativa de buscar estratégias para minimizar ou auxiliar no convívio com esse sofrimento psíquico.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa “O contexto do cuidar em saúde”, vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA), que aborda o desenvolvimento de estudos sobre a aplicação do processo de enfermagem nos diversos cenários de prática, oferecendo instrumental teórico e metodológico para a promoção de saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento e a reabilitação de grupos humanos com base em evidências científicas.

1.2- Contextualizando o estudo.

As relações entre saúde mental e trabalho despontaram a partir da década de 1970 como marco fundamental da nova abordagem da saúde do trabalhador. Os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental são aqueles que interagem, a maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de sua ajuda, como as enfermeiras, os professores, as assistentes sociais, entre outras profissões⁽¹⁾.

Com relação a enfermagem, alguns fatores interferem nas suas condições de trabalho. Entre eles encontramos o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia na área da saúde, a grande variedade de procedimentos realizados, o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido nessa área, a especialidade do trabalho, a hierarquização, a dificuldade de circulação de informação, o clima de trabalho negativo, papéis ambíguos e falta de clareza das tarefas executadas, o ritmo de trabalho, o ambiente físico, o estresse do contato com o paciente e familiar, a dor e a morte, como elementos que potencializam a carga de trabalho ocasionando riscos à saúde física e mental dos trabalhadores do hospital⁽¹⁾.

O sofrimento no trabalho é uma temática sempre atual oriunda da diversidade de contexto social e vulnerabilidades a que os trabalhadores estão sujeitos no processo laboral⁽²⁾. A questão do sofrimento psíquico é um fenômeno mundial com elevado impacto nas organizações, principalmente nos sistemas de saúde, pois compromete tanto os trabalhadores quanto a qualidade da assistência prestada por eles, colocando em risco os pacientes, com os erros médicos⁽³⁾.

O estresse ocupacional pode ser definido como um processo pelo qual vivências e demandas psicológicas no local de trabalho produzem alterações a curto e longo prazo na saúde física e mental do trabalhador⁽⁴⁾. Existem duas questões centrais sobre o estresse em qualquer trabalho, que são a dimensão ou característica da pessoa e a fonte potencial de estresse no ambiente de trabalho⁽⁵⁾.

O trabalho do enfermeiro em cuidados paliativos oncológicos pode ser fonte de prazer, mas também de sofrimento psíquico. Apresenta-se como fonte de prazer quando traz satisfação pessoal, quando o enfermeiro desenvolve suas

potencialidades humanas através de seu ofício e sente-se útil a sociedade. No entanto, quando existe submissão e repressão, o trabalho passa a ser uma mercadoria ou mero serviço prestado, podendo haver repressão das potencialidades humanas, gerando insatisfação, angústia e sofrimento psíquico ⁽¹⁾.

Os trabalhadores sob sofrimento psíquico, tendem a diminuir seu desempenho e aumentar os custos das organizações, em decorrência dos possíveis problemas de saúde, suscitando maior rotatividade e absenteísmo, além do próprio ceticismo, característico do burnout. Sendo assim, o estresse ocupacional oriundo do sofrimento psíquico compromete a saúde do trabalhador, da organização e da sociedade ⁽⁴⁾. Podemos considerá-lo como problema negativo, de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho ⁽⁵⁾.

Na prática da enfermagem, o cuidado mais humano deve ser um elemento que se dá através da autenticidade, dignidade, solidariedade, afetividade e do respeito à individualidade humana ⁽¹⁾. A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais ⁽⁶⁾. O profissional de enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população. Respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza. Exercem suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade. Presta assistência a saúde visando a promoção do ser humano como um todo ⁽¹⁾.

O enfermeiro que atua em cuidados paliativos oncológicos precisa saber orientar tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados. Portanto, o enfermeiro deve saber educar em saúde de maneira clara e objetiva, sendo prático em suas ações, visando sempre o bem estar dos pacientes e seus familiares. Os requisitos básicos para sua atuação, consistem no conhecimento da fisiopatologia das doenças malignas degenerativas, anatomia e fisiologia humana, farmacologia dos medicamentos utilizados no controle dos sintomas,

técnicas de conforto, bem como a capacidade de estabelecer boa comunicação (7).

Em busca do bem estar do paciente terminal, o enfermeiro busca realizar ações de confortar o mesmo, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos necessários, realizando quando possível seus anseios, desejos e vontades. Assim, o profissional de enfermagem é fundamental para equipe de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar (7).

A enfermagem é uma das categorias que mais se desgasta emocionalmente devido à constante interação com os pacientes enfermos, as constantes internações e por acompanhar o sofrimento, a dor, e a morte do ser cuidado (7). Satisfazer as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes com câncer e seus familiares representa um desafio para os enfermeiros que deles cuidam (1).

O estudo do sofrimento psíquico, entre enfermeiros nos cuidados paliativos oncológicos, pode ajudar a compreender melhor e a elucidar alguns dos problemas enfrentados pela profissão, tais como a insatisfação profissional, a produção no trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais. Uma melhor compreensão destes processos permitirá a proposição de intervenções e busca de soluções (5).

1.3- Situação problema

A contextualização do problema passa pela execução dos protocolos operacionais e por manuais de procedimentos dos cuidados paliativos executados pelos enfermeiros. Cuidar de um paciente com câncer em cuidado paliativo e poder atender a todas as suas necessidades não é uma atividade fácil. Esse tipo de assistência realizada pelo enfermeiro demanda atitude pessoal e vocacional, equilíbrio e maturidade para laborar com as diversas vicissitudes inerentes a este paciente.

O convívio com o familiar ou cuidador oferece influência sobre a forma como o enfermeiro vai gerir os problemas e dificuldades, para que não ocorram sofrimento, cansaço e uma assistência ruim.

Devido a possibilidade de influência do trabalho sobre o sofrimento psíquico do enfermeiro em cuidados paliativos oncológicos, o mesmo pode necessitar de apoio profissional para criar estratégias de enfrentamento contra esse sofrimento. Quando o enfermeiro não tem esse apoio, ele mesmo cria a sua forma de compensação ou estratégia de enfrentamento, porém, essa pode não ser ideal ou eficaz. Se o enfermeiro não tem um apoio ou suporte e cria estratégia de enfrentamento errada, ele potencializa o sofrimento e causa o adoecimento.

1.4- Questões norteadoras

Partindo das considerações expostas e ao contexto discutido, delinea-se como objetivo da pesquisa o sofrimento psíquico dos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológicos, considerando o pressuposto que o sofrimento psíquico influencia na qualidade da assistência prestada e na saúde mental do enfermeiro. A partir das reflexões iniciais e da problemática do estudo surgiram as seguintes questões norteadoras:

- Os enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos apresentam sofrimento psíquico?
- Quais são as principais características na assistência de enfermagem em cuidado paliativo oncológico que podem gerar sofrimento psíquico ao enfermeiro?

1.5- Objetivos

1.5.1- Objetivo Geral

- Compreender as características da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos que geram sofrimento psíquico nos enfermeiros, como subsídio para a elaboração de uma tecnologia que ajude a reduzir esse sofrimento.

1.5.2- Objetivos específicos

- Conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos;

- Descrever as características que possam contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico dos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos;
- Elaborar uma tecnologia (World Café), objetivando minimizar o sofrimento psíquico dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

1.6- Justificativa e relevância

Este estudo está inserido na linha de pesquisa “O contexto do cuidar em saúde”, vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) e surgiu diante da necessidade de elaborar um roteiro de oficinas de reflexão a respeito da influência do trabalho dos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos sobre sofrimento psíquico, objetivando minimizar esse sofrimento.

Um dos princípios basilares do SUS é a integralidade da assistência e aí, como não poderia deixar de ser, está compreendida a questão da saúde do trabalhador em seus diversos aspectos, inclusive em sua relação com as questões ambientais e dos riscos do processo de trabalho. O trabalho pode oferecer adoecimento aos trabalhadores por diferentes agravos: esforço repetitivo, tarefas perigosas pela sua natureza, produtos tóxicos e químicos, impactos emocionais, doenças psíquicas entre muitos outros. Portanto, a saúde do trabalhador deve ser uma das grandes preocupações da sociedade e das políticas públicas.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais”. Essa agenda constituiu-se como o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil ⁽⁸⁾.

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de

satisfazer suas necessidades e de modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser percebida, não como o objetivo, e sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se portanto, de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global⁽⁹⁾.

A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em dezembro de 2005, através da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, em consonância com as diretrizes e estratégias de democratização institucional, instituídas no âmbito da construção do SUS, promove a descentralização e a valorização da co-responsabilidade entre a rede de serviços e as equipes profissionais, visando a integralidade da atenção em Oncologia⁽¹⁰⁾.

As estratégias a serem adotadas para a implementação da Política Nacional de Humanização parte da constituição dos Conselhos de Gestão Participativa, dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) junto à Direção Geral da Instituição, das equipes multiprofissionais e interdisciplinares de referência, da recepção integrada e outros espaços coletivos de intercâmbio e gestão compartilhada da clínica⁽¹⁰⁾.

Baseada em seu artigo 2º (GTH), parágrafo IX⁽¹⁰⁾, “qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Pública de Saúde, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização”, essa política consolidou a incorporação da PNH na Rede de Atenção Oncológica.”

Este estudo gera contribuições para melhoria do processo de trabalho da equipe de enfermagem, pois através da compreensão dos riscos das doenças ocupacionais e das influências dessas doenças na sociedade, o homem pode minimizar os riscos de exposições, gerando maior qualidade de vida para sociedade.

Através desse estudo poderemos gerar aparatos para que os enfermeiros possam expressar as suas angústias e inquietudes em relação a assistência prestada em cuidado paliativo oncológico, e assim uma nova abordagem de ajuda e enfrentamento poderão ser elaboradas.

Esse estudo pode contribuir através da análise dos relatos dos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos, com soluções para lidar e contribuir para minimizar os problemas ligados à psicodinâmica do trabalho desta assistência. Assim sendo, ao reduzir o sofrimento o enfermeiro conseguirá prestar a assistência na sua totalidade e de forma holística.

O sofrimento psíquico e o adoecimento do enfermeiro impedem que ele realize uma boa assistência de enfermagem, sendo então de extrema importância, que o mesmo entenda o seu cenário de trabalho e suas dificuldades, para manter sua qualidade de vida e trabalho.

Assim sendo, podemos afirmar que esse estudo possui relevância social, acadêmica e profissional, pois através da verificação do sofrimento psíquico e sua correlação com o trabalho, podemos repensar as habilidades de autocuidado, formação e trabalho propriamente dito.

Esse estudo se faz necessário por discutir a assistência nos cuidados paliativos oncológicos, as suas características e influências sobre enfermeiro, com o intuito de criar novas perspectivas, que vão além da ênfase tecnicista de execução do trabalho, criando estratégias de proteção, de defesa e de direitos para esses enfermeiros.

2.0- Fundamentação Teórico-conceitual

2.1- Enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: estado da arte

Com o objetivo de aprofundar e sintetizar os resultados de estudos anteriores sobre o sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos, foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

As revisões integrativas têm o potencial de evidenciar compreensão abrangente sobre assuntos específicos e apontar lacunas existentes no conhecimento. Trata-se de método muito útil para enfermeiros que estão na prática clínica e desejam realizar assistência de enfermagem baseada em evidências científicas⁽¹¹⁾.

Para realizar essa revisão integrativa, seguiram-se as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de

critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos⁽¹¹⁾.

A etapa de busca dos artigos ocorreu no mês de junho e foi atualizado em outubro de 2016, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde* (LILACS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINHAL), *Scopus Content Overview* (SCOPUS) através do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Como estratégia de busca, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), com os termos: estresse psicológico/ estrés psicológico/ stress, psychological; enfermeiros e enfermeiras/ enfermeiros/ nurses; cuidados paliativos/ cuidados paliativos/ palliative care. Estes foram controlados e combinados através dos operadores booleanos AND e OR.

Os critérios adotados para inclusão dos artigos foram: artigos obtidos na íntegra, publicados com recorte temporal de 2011 a 2016 e nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídos artigos duplicados, trabalhos como teses e dissertações, estudos-piloto, cartas, editoriais e artigos que não atendessem a temática desta revisão.

Os dados foram extraídos de forma criteriosa e organizados em uma planilha a parte de acordo com o ano de publicação, título, tipo de estudo, amostra, objetivos, resultados e conclusões.

Um total de 27 artigos foram encontrados disponíveis *on-line* na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), distribuídas nos principais bancos de dados: 14 estavam na base de dados MEDLINE, 4 na LILACS, 2 na BDENF e através do portal Capes no banco de dados: 4 na CINHAL e 3 na SCOPUS. Após a remoção de 8 artigos duplicados, foram totalizados 19 artigos. Realizou-se então a leitura dos títulos e resumos com o objetivo de buscar convergência com a teoria de Christophe Dejours acerca da psicodinâmica do trabalho, em seguida foi refinada a amostra pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionando-se 13

artigos. Após leitura aprofundada dos textos, excluíram-se 03 artigos que não respondiam a questão norteadora. Sendo assim, a amostra final foi composta de 10 artigos. Para a seleção dos artigos, foram seguidas as recomendações PRISMA, como apresentado na figura 1.

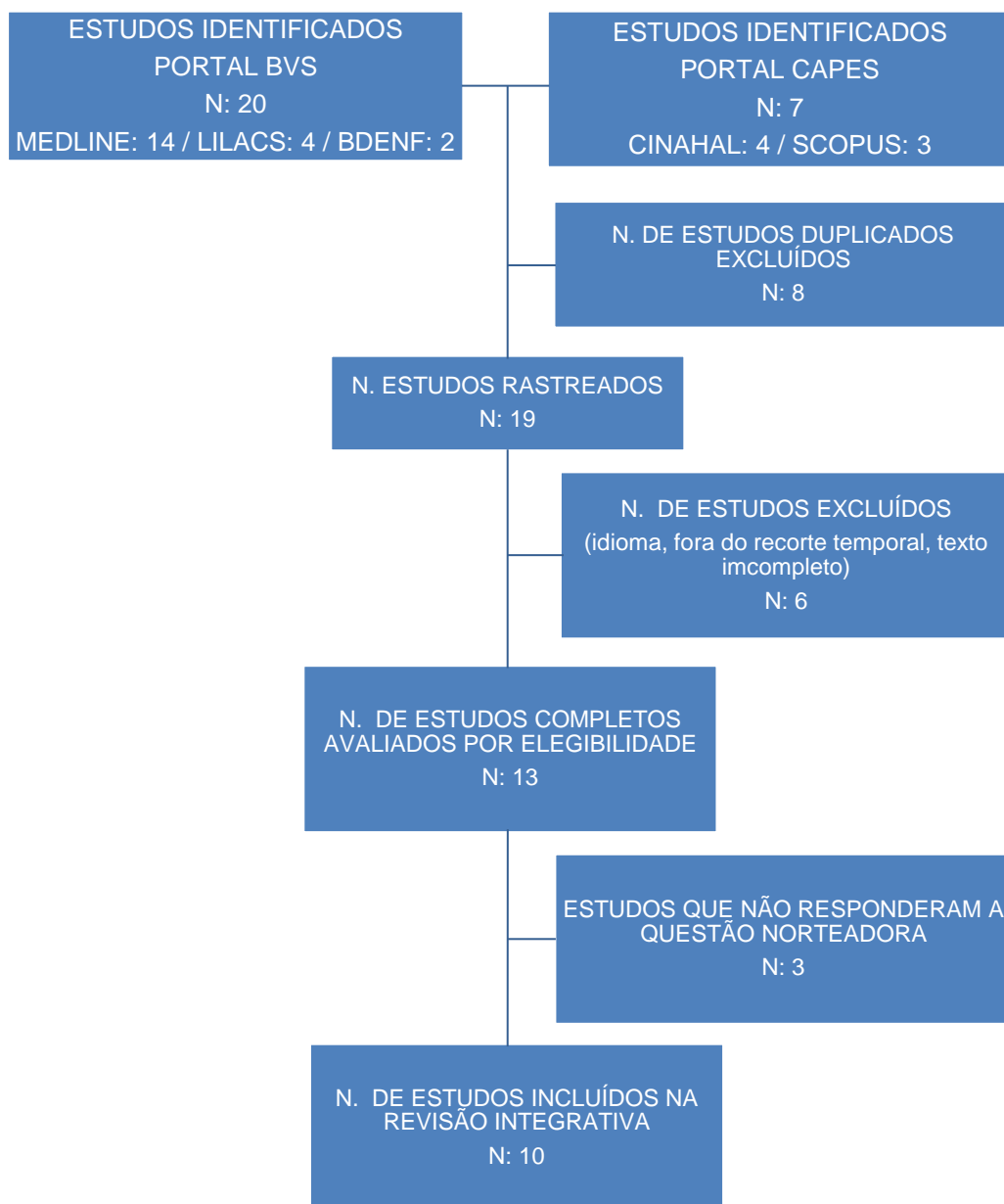


Figura 1 - Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra

Ao analisar os artigos selecionados, observou-se que 6 estudos (60%) foram realizados no Brasil, 2 nos Estados Unidos (20%) e 2 no Uruguai (20%). As

publicações ocorreram em 2012 (10%), 2013 (30%), 2015 (20%) e 2016 (40%), sendo 6 em revistas de enfermagem (60%), 2 em revista de saúde pública (20%), 1 em revista de medicina do trabalho (10%) e 1 em revista de psicologia (10%). Os dados da Tabela 1 apresentam os artigos selecionados, de acordo com seu primeiro autor, título, ano, país, periódico, método e principais achados.

| Primeiro Autor(a) | Título | Ano | Periódico País | Método | Principais achados |
|------------------------------|--|-------|---|---|---|
| Kappaun NRC ⁽¹²⁾ | O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer | -2013 | -Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz -Brasil | -Descritivo exploratório -Abordagem qualitativa. | -Desconhecimento da filosofia dos cuidados paliativos. -Sobrecarga dos familiares sobre a equipe de enfermagem; -Reduzir a jornada de trabalho, fazer recreações e apoio da psicologia. |
| Silveira ALP ⁽¹³⁾ | Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. | -2016 | Revista Brasileira de Medicina do Trabalho -Brasil | -Revisão sistemática da literatura | -Os profissionais na área de saúde mais acometidos por Burnout são enfermeiros. -Os fatores desencadeantes de burnout podem ser de fonte pessoal, socioeconômica e da organização do trabalho. |
| Andrade CG ⁽¹⁴⁾ | Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal | -2013 | -Escola Nacional de Saúde Pública Fiocruz -Brasil | -Descritivo exploratório -Abordagem qualitativa | -A comunicação é primordial para os cuidados paliativos. -O vínculo com o paciente e com seu familiar ocorre através da comunicação. |
| Santos NAR ⁽¹⁵⁾ | Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em | -2016 | -Cogitare Enfermagem -Brasil | -Descritivo transversal | -A equipe de enfermagem fica exposta a carga emocional e física, uma vez que o cuidado exige, além |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|-------|---|--|---|
| | oncologia | | | | de técnica, atitudes para confortar e acolher os pacientes e familiares. |
| Salimena AMO ⁽¹⁶⁾ | O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico | -2013 | Cogitare Enfermagem -Brasil | -Descritivo exploratório -Abordagem qualitativa | -A assistência do enfermeiro em oncologia não se constitui apenas em realizar tarefas, mas em ter habilidade de saber escutar, falar e perceber as atitudes do paciente e familiar. -É necessário empatia. -Os sentimentos variam desde sofrimento até satisfação profissional. |
| Peters L ⁽¹⁷⁾ | Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review | -2012 | International Journal of Palliative Nursing -EUA | -Revisão sistemática da literatura | -A influência da assistência de enfermagem sobre os enfermeiros está intimamente ligada a forma de enfrentamento das adversidades do trabalho. |
| Silva MM ⁽¹⁸⁾ | Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade e em oncologia: percepção de enfermeiros | -2015 | Escola Anna Nery Revista de Enfermagem -Brasil | -Pesquisa descritiva -Abordagem qualitativa | -Formação profissional inadequada para lidar com o processo de morrer. -Capacitar a equipe e disseminar a prática da humanização seriam estratégias importantes para melhorar a qualidade da assistência. |
| Pérez-García E ⁽¹⁹⁾ | Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal | -2016 | Enfermería: cuidados humanizados -Uruguay | -Reflexão | -A espiritualidade tem caráter universal nos cuidados paliativos. -A comunicação na espiritualidade é a terapêutica. -O enfermeiro deve |

| | | | | | |
|----------------------------|---|-------|---|---|--|
| | | | | | <p>conhecer a sua espiritualidade.</p> <p>-O mundo científico pouco estuda a espiritualidade.</p> |
| Fascioli A ⁽²⁰⁾ | Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del outro | -2016 | <p>Enfermería: cuidados humanizados</p> <p>-Uruguay</p> | -Reflexão | <p>-A morte é algo além de um evento biológico e médico.</p> <p>-Além de um evento radical, pode ser também um momento para prestar cuidados, amor, gratidão, reconciliação, responsabilidade, aprendizado e transformação de todos os envolvidos.</p> <p>-Momento que fragiliza e, ao mesmo tempo, a sacraliza a vida humana.</p> |
| Terakado A ⁽²¹⁾ | Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards | -2015 | <p>Psycho-oncology</p> <p>-EUA</p> | <p>-Pesquisa descritiva</p> <p>-Abordagem qualitativa</p> | -É necessário reduzir a sobrecarga física e mental dos enfermeiros, oferecendo suporte para enfrentamento e valorizando as habilidades da assistência prestada. |

Quadro 1: Características dos estudos que compõem a amostra

Os resultados foram interpretados e discutidos por meio da análise de conteúdo temático, as informações extraídas foram comparadas e os conteúdos similares foram agrupados em duas categorias: A importância da formação e educação dos enfermeiros em cuidados paliativos e Influência de assistência dos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológicos.

A importância da formação e educação dos enfermeiros em cuidados paliativos

Embora a morte seja o evento mais certo de acontecer com todos os seres vivos, poucos são os enfermeiros que conhecem a filosofia e as práticas dos

cuidados paliativos, esse evento se deve ao fato de que a morte ainda é um tabu e pouco se fala sobre ela na formação acadêmica.

A formação dos enfermeiros deveria incluir além dos conhecimentos técnicos sobre esse tipo de cuidado, informações sobre as competências e habilidades a serem aperfeiçoadas no cotidiano de trabalho. A co-produção do cuidado, com a participação ativa do paciente e de sua família, representa uma mudança de modelo assistencial, trazendo exigências para os enfermeiros, não só no sentido de se abrirem à negociação com os usuários, mas também para que saibam gerir os conflitos frequentemente vivenciados no diálogo com pacientes e familiares. Através do ensino e treinamento os enfermeiros podem desenvolver técnicas de enfrentamento através das estratégias defensivas e do auto cuidado⁽¹²⁾.

No âmbito da Enfermagem, a comunicação representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados paliativos. E quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase terminal⁽¹⁴⁾.

Vale salientar que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, os enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos com pacientes em iminência de morte e com sua família devem valorizar o uso da comunicação verbal e da não verbal, bem como da escuta qualificada, como instrumentos terapêuticos efetivos para promoção dessa modalidade de cuidar, embora, nem sempre, façam o uso delas. Desse modo, o serviço de educação continuada mostra-se de extrema relevância e indispensável para o treinamento e o constante aperfeiçoamento dos profissionais, mesmo os que já exercem atividades em instituições hospitalares com pacientes na finitude de vida⁽¹⁴⁾.

Os gestores de enfermagem devem estabelecer mecanismos que contribuam no processo e nas condições de trabalho, diminuindo os riscos

ocupacionais com vistas a minimizar os danos e os agravos à saúde do trabalhador e, conseqüentemente, proporcionem melhoria da qualidade da assistência.

Influência de assistência dos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológicos

Os profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados paliativos lidam com pacientes com prognósticos ruins; incurabilidade; manejo de sintomas que causam sofrimento e desconforto ao paciente, tais como: dor, sangramento, dispnéia, constipação, náuseas, vômitos, fadiga e mutilações; além de estarem presentes no processo de morte e luto dos pacientes e familiares. Esses elementos concorrem para a penosidade do cotidiano dos profissionais de saúde, tornando-os vulneráveis para o acometimento pelo sofrimento psíquico⁽¹⁵⁾.

Ao cuidar de pacientes terminais o profissional aproxima de sua própria morte, suas limitações e impotência, o que pode gerar sentimentos de culpa, depressão, ansiedade, tristeza e medo pela própria identificação com o paciente. Contudo, nota-se que os profissionais de enfermagem sentem-se valorizados mediante o reconhecimento do seu trabalho, que é expresso pelo ser cuidado e familiar por gestos ou palavras, favorecendo a aceitação das situações por eles vivenciadas⁽¹⁶⁾.

O lugar da família nesse contexto assistencial tem duas vertentes: a de prestadora de cuidados ao paciente e a de receptora de cuidados da equipe. Como necessitada de atenção, ela costuma gerar uma sobrecarga ao trabalho dos profissionais, que por sua vez precisam de suporte e respaldo. É muito importante que, dentro do contexto e sempre que possível, a família seja tratada como parceira nos cuidados que seu ente querido requer⁽¹²⁾.

Apesar de ser um trabalho extenuante e que atua com os limites da vida e as formas como os seres humanos enfrentam a doença e a morte, existe uma forte identificação dos profissionais com o paciente e a família com quem compartilham o sofrimento. No mesmo sentido, embora o conflito entre posições sociais, opiniões e decisões seja fonte potencial de desgaste para os

profissionais, através do trabalho eles conseguem reconhecimento e satisfação, gerando motivação⁽¹²⁾.

A motivação no trabalho é resultado de uma série de interações entre esforço individual, rendimento obtido, organização e objetivos pessoais, enquanto o sofrimento psíquico é uma resposta fisiológica e comportamental do indivíduo⁽¹³⁾.

O enfermeiro experimenta todas as influências durante a finitude do paciente em cuidados paliativos e mesmo assim ao perceber que fez tudo que podia ter feito respeitando os preceitos dos cuidados paliativos, consegue sentir satisfação e realização profissional.

Os enfermeiros que atuam em cuidados paliativos precisam ser cuidados, precisam de uma jornada de trabalho menos intensa, de apoio psicológico e de apoio espiritual.

2.2- O enfermeiro como profissão

A enfermagem é uma ciência humana, voltada ao cuidado aos seres humanos, cujo campo do conhecimento, fundamentações e práticas abrangem desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas⁽²²⁾.

Nos dias de hoje, a enfermagem pode ser definida, enquanto ação social, como uma atividade realizada por pessoas que cuidam de outras, procurando manter a vida sadia, evitando ou amenizando as doenças, protegendo o meio ambiente e preparando as pessoas para o desenlace da vida perante a morte⁽²²⁾.

O enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. Ele é um profissional preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial⁽²²⁾.

A Associação Americana de Enfermagem⁽²²⁾, define a enfermagem como: “o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas reais ou potenciais de saúde, apresentando uma lista das respostas humanas que constituem os objetivos da intervenção da enfermagem:

- Limitações do autocuidado;

- Prejuízo das funções de repouso, sono, ventilação, circulação, atividade, nutrição, eliminação, pele e sexualidade;
- Dor e desconforto;
- Problemas emocionais relacionados à doença e tratamento, eventos que ameaçam a vida, ou experiências diárias tais como ansiedade, perda, solidão e mágoa;
- Distorção de funções simbólicas, refletidas em processos interpessoais e intelectuais, tais como alucinações;
- Dificuldades na tomada de decisões e na capacidade de realizar escolhas pessoais;
- Alterações de autoimagem ocasionadas pelo estado de saúde;
- Orientações para a percepção disfuncional da saúde;
- Eventos relacionados aos processos de vida, tais como: nascimento, crescimento, desenvolvimento e morte; e
- Relacionamentos problemáticos.”

O artigo 4º do D.L.161/96 de 4 de Setembro ⁽²³⁾, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, postula que: “o enfermeiro é o um profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupo e comunidade aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

O ato de cuidar deve ser baseado numa relação interpessoal, para que o cuidado se torne uma verdadeira prática terapêutica, promovendo a saúde e permitindo o crescimento individual, familiar e profissional. A prática do cuidar é fundamental e indispensável para o enfermeiro ⁽²⁴⁾.

O objetivo da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente é ajudá-lo a atender as suas necessidades fundamentais de saúde. Essa relação de ajuda consiste numa interação entre duas ou três pessoas, o profissional de saúde, o doente e o familiar, na qual o doente e o familiar procuram ajuda para satisfazer alguma necessidade e eliminar dúvidas, e o profissional adota um modo de estar e de fazer, para dar resposta ao pedido do doente e do familiar, comunicando-o

de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do doente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade ⁽²⁵⁾.

No processo de cuidar de enfermagem, o enfermeiro necessita compreender o significado especial do seu comportamento e dos seus sentimentos expressos, portanto precisa escutar a si mesmo e ao outro. O enfermeiro não deve se refugiar nos conselhos estereotipados que permitem uma considerável distância, precisa sim, aceitar toda a comunicação verbal e não verbal, relativa a tudo o que se passa com o doente ⁽²⁵⁾.

Uma relação de ajuda, implica na presença do enfermeiro junto do doente, não só física, mas também a presença deste com todo o seu ser, e pressupõe a existência de um elo de ligação enfermeiro / doente/ família ⁽²⁵⁾.

2.3- Câncer e cuidados paliativos

O câncer é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil e sua incidência tem crescido progressivamente. Trata-se de uma enfermidade que demanda atenção tempestiva, tratamentos prolongados e acompanhamento adequado, dada a possibilidade de recorrência ⁽¹⁰⁾.

O termo câncer é utilizado para representar de forma genérica um conjunto de mais de cem enfermidades, que abrangem neoplasias malignas de localizações diversas, sendo responsável por cerca de 17% dos óbitos por causa conhecida ocorridos no Brasil. Deve-se destacar o caráter múltiplo da doença, com apresentação de manifestações variadas, diferentes taxas de letalidade e sobrevida, assim como diversas formas de abordagens terapêuticas e preventivas ⁽¹⁰⁾.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo ⁽²⁶⁾.

Há tipos de câncer com melhor prognóstico, como é o caso dos tumores de pele não melanoma, mama feminina, colo do útero, cólon e reto, e próstata.

Outros tipos de câncer apresentam taxa de sobrevivência relativamente baixa, como no caso do câncer de pulmão e de estômago⁽¹⁰⁾.

O câncer está associado a idéias e representações muito diferentes, algumas delas concebidas de forma errada. As emoções e as imagens suscitadas por ele, sugerem uma doença inexoravelmente mortal, acompanhada de um sofrimento mais ou menos longo e atroz. A imagem mental que habitualmente lhe está associada inclui ansiedade, mutilação, dor, rejeição, debilidade, dependência e morte⁽¹⁰⁾.

O câncer é uma doença crônica que origina distúrbios não só de ordem física, mas também psíquica, social e espiritual. O impacto do diagnóstico no doente e família leva as vítimas a acreditarem que nada do que eles possam fazer vai alterar o resultado, que seria a morte⁽¹⁰⁾.

As representações pessoais e sociais do câncer, podem levar o doente a abandonar os projetos e expectativas formadas no decurso da sua vida. O doente pode ter dificuldade em compreendê-lo, sentir que a vida já não tem sentido, o que o leva ao desespero⁽¹⁰⁾.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”⁽²⁷⁾.

Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas. Os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. A prevenção continua sendo uma demanda importante neste período. Ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação terminal ou sedação paliativa⁽²⁸⁾.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto ⁽²⁷⁾.

São muitas as alterações físicas que o câncer produz no organismo humano, sendo muitas delas perfeitamente visíveis. Na maioria, produzem efeitos muito nefastos no doente, que se confronta com a sua realidade anterior, provocando sofrimento que poderá ser mais ou menos intenso, dependendo de quem o experimenta, tornando-se assim, um problema central para os doentes e para quem os acompanha ⁽²⁸⁾.

O sofrimento associado à doença terminal é devastador e origina no paciente, vários sentimentos como: impotência; futilidade; perda de sentido; desilusão; remorsos; medo da morte e de destruição da identidade pessoal.

A intensidade do sofrimento depende de uma multiplicidade de fatores tais como: os valores do doente; suas vivências; suas crenças e recursos; que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e única para quem o vivencia.

2.4- Contribuição de Elisabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders nos cuidados paliativos

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo Hospice, que eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII abrigando pobres, órfãos e doentes. Esta prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes, e no século XIX passaram a ter características de hospitais ⁽²⁷⁾.

O Movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders ⁽²⁷⁾.

Cicely Saunders começou sua carreira profissional primeiro como enfermeira e assistente social. Depois estudou medicina, para segundo ela mesma “cuidar bem dos pacientes terminais, esquecidos pelos médicos tradicionais”. Ela é reconhecida como a fundadora do movimento moderno de hospice. O St.Christopher’s Hospice por ela fundado foi o primeiro hospice que, numa visão holística da pessoa humana e cuidados integrados, ligou o alívio da dor e controle de sintomas com o cuidado humanizado, o ensino e a pesquisa clínica. Essa nova filosofia de cuidados direcionada aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas influenciou muito os cuidados em saúde ao redor do mundo, bem como gerou novas atitudes em relação à morte, ao morrer e diante da dor da perda de um ente querido, isto é, o período do luto ⁽²⁹⁾. Por meio da atenção sistemática das narrativas dos pacientes, ouvindo cuidadosamente as histórias da doença e sofrimento, ela desenvolveu o conceito de “dor total”. Essa visão da dor moveu-se para além da dimensão física, englobando a dimensão social, emocional e espiritual do sofrimento ⁽²⁷⁾.

Segundo Saunders, a “Dor Total”, é constituída por vários componentes: físico, mental, social e espiritual. Pacientes com doença avançada se deparam com muitas perdas; perda da normalidade, da saúde, de potencial de futuro. A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, paciência, resignação, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride. Este conceito de “Dor Total” mostra a importância de todas essas dimensões do sofrimento humano e o bom alívio da dor não é alcançado, sem dar atenção a essas áreas. Na experiência dolorosa, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são indissociáveis e devem ser igualmente investigados (26).

A percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido transformações ao longo do tempo histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranqüila – e até mesmo desejada – na Idade Média para uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição, que deve ser evitada a todo o custo na época atual (30).

No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer (30).

Elisabeth Kübler-Ross foi uma psiquiatra suíço-americana, nascida em 1926, que se especializou em cuidados paliativos e em situações próximas da morte. Depois de trabalhar durante anos em contato com pacientes em estado terminal, desenvolveu o famoso modelo Kubler-Ross, em que estabeleceu as cinco fases do luto (30).

Segundo a psicologia de Elisabeth Kubler-Ross, os cinco estágios do luto e da perda são negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. De acordo com o modelo de Kubler-Ross, estas fases ocorrem quando alguém experimenta uma morte, a perda de um relacionamento ou uma perda similar (30).

2.5- O enfermeiro e o sofrimento psíquico

Em sua obra, Freud identifica as diferentes fases do desenvolvimento psíquico. Segundo ele, a criança recém-nascida ainda não tem capacidade de identificar a origem das sensações por ela vivenciadas, pois ainda não diferencia seu ego do mundo externo. Com o passar do tempo, ela vai aprendendo a fazer esta distinção, reagindo de modo adequado aos estímulos correspondentes. O ego, regido pelo princípio do prazer, tenta afastar as sensações desprazerosas, projetando para fora de si tudo o que é fonte de desprazer. Num estágio posterior, de maior integração, o ego consegue diferenciar entre o que tem origem interna e externa, estabelecendo assim as condições para a introdução do princípio de realidade. Desta forma, o ego pode localizar o sofrimento surgindo de três direções: de nosso próprio corpo, do mundo externo e da nossa relação com as outras pessoas (31).

A centralidade atribuída ao trabalho na vida do homem contemporâneo é inquestionável e crescente. Muito mais que gerador de bens, de serviços e de meio de subsistência, o trabalho é visto como via de aquisição de identidade pessoal e como determinante para a qualidade de vida e para a construção de valores culturais, sociais e religiosos (32).

A enfermagem como profissão insere-se no contexto de acumulação capitalista, em que os trabalhadores oferecem sua força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função. O processo de trabalho do profissional de enfermagem é marcado por características tayloristas,

como a) a fragmentação das tarefas; b) a exigência de dedicação extrema ;e c) a monitoração constante por supervisores, profissionais da equipe de saúde, família e clientes ⁽³²⁾.

A prática de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos – cujo foco de trabalho é uma clientela complexa e em alto grau dependente - representa um segmento especializado da assistência de enfermagem, em virtude das peculiaridades da dinâmica do processo de cuidar e exige-se também um contato constante com situações de sofrimento e morte, o que lhe remete às suas próprias angústias, gerando desgaste físico, psíquico e social (32).

É muito comum ouvir que enfermagem é vocação e dom. Mas, ao mesmo tempo, esquece-se que, apesar de ser primordial a afinidade pelo tipo de atividade a ser realizada, o enfermeiro é um profissional, um trabalhador de modo que importantes aspectos como reconhecimento, valorização, satisfação, entre outros, precisam ser considerados ⁽³²⁾.

Baseando-se na importância do trabalho para o homem e considerando todas as transformações que o mundo laboral vem sofrendo, entende-se que a atividade produtiva pode repercutir positiva ou negativamente no trabalhador. A organização do trabalho se propícia ao desenvolvimento do indivíduo e do coletivo laboral, possibilita a criatividade e a autonomia, gerando predominantemente prazer. Se ao contrário, imprime a inflexibilidade e a rigidez nas tarefas e nas relações, favorece o aparecimento do sofrimento, descompensações psíquicas, acidentes de trabalho, adoecimento e inclusive, mortes ⁽³²⁾.

O saudável é vivenciado quando é possível atuar sobre as situações nas quais cobranças e pressões do trabalho causam instabilidade psicológica. No entanto, o adoecimento surge por conta de um sofrimento patogênico quando se rompe o equilíbrio e não é mais possível contornar o sofrimento; ou seja, quando os investimentos intelectuais e psicoafetivos dos trabalhadores não são mais suficientes para atender às demandas e tarefas impostas pela organização, observam-se constantemente conseqüências na saúde do profissional de enfermagem ⁽³²⁾.

O sofrimento cotidiano e intenso deve ser entendido então, como um alerta ao profissional, indicando que algo não está bem. Esse sofrimento pode ser vivenciado de maneira duradoura, no entanto, inconsciente, devido à predominância de sentimentos de angústia, medo e insegurança ⁽³²⁾.

O sofrimento é considerado um problema ocupacional da profissão de enfermagem, independente da especialidade. No entanto, o trabalho em cuidados paliativos oncológicos, envolve problemas emocionais, acoplados a fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Trata-se de uma área que requer energia suficiente e devoção para lidar com todos os problemas. As suas exigências podem conduzir ao sofrimento, estresse, insatisfação, alienação do trabalho e exaustão ou burnout dos profissionais ⁽³³⁾.

O trabalho de enfermagem realizado, principalmente dentro do hospital, pode ser desgastante e exaustivo. Todavia, as atividades desenvolvidas a partir de uma relação interpessoal de cuidados de proximidade ao paciente, podem proporcionar sentimentos como alegria, satisfação e prazer aos trabalhadores, sem os quais seria praticamente impossível exercer a profissão ⁽³⁴⁾.

Apesar da morte ser parte do ciclo natural da vida, os enfermeiros, geralmente, não vêm sendo adequadamente preparados para lidar com ela. O contato com esta pode ser fonte de estresse e sofrimento psíquico para esses trabalhadores interpretando sua ocorrência como fracasso pessoal e falha no trabalho desenvolvido, pois são eles que passam mais tempo ao lado do paciente, acompanhando-o no seu processo de morte ⁽³⁵⁾.

2.6- Referencial teórico conceitual: Christophe Dejours

A fundamentação desse estudo tem como base a Psicodinâmica do trabalho, uma linha teórica nascida na França, na década de 50, porém teve o seu apogeu através do psiquiatra francês Christophe Dejours, já na década de 70, analisando as questões de sofrimento e prazer na classe trabalhadora e suas repercussões no processo de trabalho ⁽³⁶⁾.

A psicodinâmica do trabalho, nascida dos estudos de Christophe Dejours, investiga os mecanismos de defesa dos trabalhadores frente às situações causadoras de sofrimento decorrentes da organização do trabalho. Ao longo de

seu percurso teórico, Dejours inicialmente estudava as doenças relacionadas ao trabalho e posteriormente se dedicou ao estudo da normalidade, por meio dos mecanismos de defesa que permitem que os trabalhadores não adoçam, a despeito das condições adversas à saúde provocadas pela organização do trabalho. Em terceira fase da teoria, direcionou seu olhar ao estudo das patologias sociais resultantes das novas formas de gestão e organização do trabalho⁽³⁷⁾.

A relação da saúde mental com o trabalho é amplamente reconhecida, porém a maioria das teorias existentes aborda o tema de forma marginal, como apenas uma influência na saúde mental. Dejours, por sua vez, afirma a centralidade do trabalho na vida do sujeito, postulando uma continuidade entre funcionamento psíquico no trabalho e fora dele. A relação subjetiva com o trabalho e fora do trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho. A separação clássica entre dentro do trabalho e fora do trabalho não tem sentido em sociologia do trabalho, assim como em sua psicodinâmica⁽³⁷⁾.

Na década de 90, Dejours publicou dois textos que se tornaram referência para o campo da saúde mental no trabalho. Neste momento ele substituiu o conceito de Psicopatologia do Trabalho por Psicodinâmica do Trabalho, deslocando seu foco das patologias relacionadas ao trabalho para o estudo da normalidade, ou seja, para o enigma de como os trabalhadores conseguem manter certo grau de equilíbrio psíquico apesar das condições precárias de trabalho a que estão submetidos⁽³⁷⁾.

Dejours compara a situação atual ao processo precário de trabalho semelhante ao período da 2ª Guerra Mundial. A competição é feroz, impulsionada pelo desemprego estrutural, que deixa a todos – empregados e desempregados – em estado de tensão e sofrimento, uma vez que a ameaça de demissão está presente em todo momento. Ele propõe a noção de banalização da justiça social, que seria expressa por meio da utilização propositada de tais temores pelos gestores, como técnicas de administração de pessoas, fazendo exigências e demandas humanamente impossíveis de serem atendidas. A despeito disso, muitos trabalhadores esforçam-se por cumprir tais demandas, criando uma

pressão tamanha que com freqüência, torna-se insuportável. Nestas situações, o sofrimento patogênico torna-se praticamente inevitável ⁽³⁷⁾.

A Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina, que constrói-se por meio do próprio trabalho, focando na importância do trabalhador na organização do trabalho e articulando todas as suas subjetividades. Além de ser uma disciplina, a Psicodinâmica do Trabalho é uma teoria que busca analisar a origem dos sofrimentos, dos desgastes e das patologias, mas também, da satisfação, saúde e prazer no trabalho ⁽³⁸⁾.

Dejours, traz uma abordagem bastante ampla sobre o conceito de sofrimento do trabalho, em especial, pode-se destacar sua abordagem sobre a ambivalência “bem-estar” e “loucura”, e sua visão sobre o “teatro do trabalho”.

Quando Dejours fala da ambivalência bem-estar e “loucura” quer dizer que o sofrimento no trabalho pode ser entendido como:

“o espaço de luta que ocorre o campo situado entre, de um lado, o bem-estar, e, de outro, a doença mental ou a loucura” ^(37 - p. 153)

Analisando a enfermagem como uma profissão da saúde, dois aspectos têm sido apontados como frágeis: a autonomia profissional e o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico/próprio de conhecimentos ⁽²²⁾.

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a um campo de atividades de cuidados à saúde, desenvolvidas milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional ⁽²²⁾.

O trabalho permite a formação e consolidação da identidade. Por outro lado, pode também fomentar a descompensação psíquica ⁽³⁷⁾.

O bem-estar está relacionado à idéia de ambiente gratificante e, assim, quando o mesmo é realizado em tal ambiência, leva os trabalhadores a gostarem do produto realizado. Já a idéia de sofrimento, está relacionada à subjugação do trabalho e, quando isso ocorre, se imprime raiva ao produto. Percebe-se, assim, que o trabalho está conformado pelo afeto. Essa idéia de afeto implica “amor” ou “ódio” ao trabalho e gera outros binômios paralelos: “alegria” ou “tristeza”, “entusiasmo” ou “desânimo”, “anelo” ou “desprezo”. Como a grande maioria das vezes, o trabalho acaba se associando mais à idéia de sofrimento, as pessoas acabam rompendo o conceito afeto/trabalho tornando o primeiro restrito ao lar, à família, expulsando o segundo de sua relação afetiva; e, assim, o trabalho fica desafetivado e, conseqüentemente, insuportável ⁽³⁹⁾.

Os enfermeiros vivenciam esse contexto, pois convivem com situações laborais que podem causar prazer e sofrimento. A psicodinâmica do trabalho tenta compreender como os trabalhadores alcançam manter certo equilíbrio psíquico, mesmo que estes estejam imersos num ambiente ou situação de trabalho desestruturante, admitindo até que o sofrimento pode não estar presente, enquanto já encontrasse instalado ⁽¹⁾.

2.7- Legislação, Programas e Políticas Públicas

Desde os anos 1990, o serviço público vem sofrendo profundas alterações, e no que se refere à saúde do trabalhador não seria diferente. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde”, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado ⁽⁴⁰⁾.

O SUS é a expressão concreta do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde, que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Vale ressaltar, que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais, sofrendo influências do emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação e segurança. É inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos ⁽⁴⁰⁾.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos preceitua que toda pessoa tem direito a saúde e a cuidados médicos em caso de doença. A Constituição Federal de 1988 materializa esses direitos, e se dedica especialmente, ao tema da Saúde. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido por meio de políticas que visem ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde⁽⁴⁰⁾.

Lei 8080/90 - Art. 6º ⁽⁴⁰⁾.

“Um dos objetivos e atribuições do SUS é atuar e executar ações de saúde do trabalhador, e diz entender por saúde do trabalhador, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.”

Lei 8080/90 - Art. 16 ⁽⁴⁰⁾.

“A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: participar na formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho.”

DECRETO Nº 7.602, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2011 ⁽⁴⁰⁾.

“O objetivo é a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho;

Os princípios são: universalidade, prevenção, precedência das ações de promoção, proteção, reabilitação, reparação, diálogo social e integralidade.

Para o alcance de seu objetivo a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores.”

Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 ⁽⁴⁰⁾.

“Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.”

A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho ⁽⁴¹⁾.

As ações de saúde devem pautar-se na identificação de riscos, danos, necessidades, condições de vida e de trabalho, que, em última instância, determinam as formas de adoecer e morrer dos grupos populacionais. As ações devem girar em torno do eixo *informação – decisão – ação*. Portanto, aspectos relativos ao trabalho, presentes na vida dos indivíduos, famílias e conjunto da população, devem ser incorporados no processo do cuidar e levados em consideração no que se refere a criação de estratégias e políticas públicas ⁽⁴⁰⁾.

A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho entre outros, derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH. Em outras palavras, estes problemas são a expressão fenomênica - tomam

expressão concreta e real - de certos modos, de se conceber e de ser organizar o trabalho em saúde ⁽⁴²⁾.

Assim, fenômenos genericamente apontados como desumanização expressam mais que falhas éticas individuais (de um ou outro trabalhador ou gestor), correspondendo a fenômenos cuja origem não está no fato em si, que apenas revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização ⁽⁴²⁾.

Desde a criação do SUS, com a promulgação da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), vários são os percalços do caminho em busca do desenvolvimento de ações abrangentes e integrais de saúde do trabalhador ⁽⁴⁰⁾.

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença ⁽⁴⁰⁾.

Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial ⁽⁴⁰⁾.

Num momento em que o processo de descentralização das ações de saúde consolida-se em todo o país, um dos mais importantes desafios sobre os quais os municípios brasileiros têm se debruçado é o da organização da rede de prestação de serviços de saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: descentralização dos serviços, universalidade, hierarquização, equidade, integralidade da assistência, controle social, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, entre outros ⁽⁴³⁾.

A atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação: a) a vigilância, aqui incluídas as ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes a um processo de trabalho e à conseqüente promoção de medidas que visam ao adequado controle dos perigos e riscos e de controle médico, assim como um programa que permita a coleta e a análise dos dados gerados; b) a assistência à saúde, incluindo serviços de acolhimento, atenção, condutas

clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justo; e c) a abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores ⁽⁴³⁾.

3.0- Metodologia

3.1- Tipo e natureza do estudo

O método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Desta forma, todo trabalho de pesquisa deve ser planejado e executado de acordo com as normas que acompanham cada método. As duas estratégias de pesquisa, em termos de aplicabilidade, podem ser chamadas de abordagem qualitativa e abordagem quantitativa, utilizando-se uma classificação bastante ampla ⁽⁴⁴⁾.

Foi realizado um estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos. A pesquisa qualitativa propicia ao pesquisador captar o modo como os seres humanos pensam, agem, reagem diante de questões focalizadas; proporciona o conhecimento da dinâmica entre a prática e o conhecimento, ajuda na percepção dos sentimentos, dos valores, de atitudes e dos temores das pessoas ao explicitar suas ações diante de um problema ou situação ⁽⁴⁵⁾.

Os estudos descritivos procuram determinar “status”, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas e sua valorização será baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações ⁽⁴⁵⁾.

O estudo exploratório-descritivo proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, considera-se uma pesquisa qualitativa pela análise dinâmica do trabalhador e de seu meio, sem fins estatísticos ⁽⁴⁵⁾.

O estudo exploratório é indicado nas pesquisas quando se tem a necessidade de explorar uma situação desconhecida e que necessita de mais informações ⁽⁴⁶⁾.

3.2- Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Instituto Nacional do Câncer (INCA), mais precisamente no setor de internação hospitalar da Unidade - HCIV. Essa unidade é destinada a pacientes em cuidados paliativos oncológicos e fica situada na Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel/RJ.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica. O Instituto Nacional do Câncer é composto por 4 unidades destinadas a tratamento oncológico, denominados: HC I, HCII, HCIII e HCIV.

O HC IV é a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes portadores de câncer avançado, sem possibilidades de cura, assistidos por essa Instituição.

Tem como Missão: “Promover e prover Cuidados Paliativos Oncológicos da mais alta qualidade, com habilidade técnica e humanitária”, com foco na obtenção da melhor qualidade de vida a seus pacientes e familiares.

A Unidade trabalha com equipes multiprofissionais e conta com uma estrutura organizada para o atendimento aos pacientes nas modalidades de consultas ambulatoriais, assistência domiciliar, internação hospitalar e serviço de pronto atendimento. Com o objetivo de facilitar a permanência do paciente em casa, o hospital disponibiliza material de conforto e medicamentos para controle de sintomas e bem-estar do paciente.

Atualmente, a Unidade possui profissionais dedicados aos Cuidados Paliativos entre Médicos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Técnicos de Farmácia, Técnicos de Enfermagem, Administrativo e Pessoal Técnico.

- Estrutura Física:

- Acesso: Recepção
- S-1subsolo: Direção, Divisão de Enfermagem, Administração, Divisão de Apoio técnico e Informática;
- Térreo: Recepção Geral, Ambulatório, Marcação de Consultas, Farmácia e SPA;
- Pilotis: Divisão Técnico-Científica, CCIH e Auditório;
- 1º andar: Estrutura administrativa do setor de Assistência Domiciliar, Arquivo Médico, SIEFA, Rouparia e DISAT (Divisão de Saúde do Trabalhador);
- 2º andar: Inca voluntário, *Day Care* – CuriosAção, Capelania, Biblioteca, Ginásio de Fisioterapia e Gerenciamento de Risco;
- 3º, 4º, 5º e 6º andares: Internação Hospitalar, com 56 leitos no total e 1 sala de acolhimento em cada andar;
- Cobertura: Sala do Silêncio, CNS (higienização), refeitório e espaço para confraternizações.

A equipe de enfermagem do HCIV é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem sob vínculo estatutário, como servidor do Ministério da Saúde.

A carga horária semanal é de 40 horas. A jornada de trabalho é composta por diaristas que trabalham diuturnamente de 07 horas às 16 horas, por plantonistas diurnos que trabalham de 07 horas às 19 horas e por plantonista noturnos que trabalham de 19 horas às 7 horas. Os plantonistas trabalham 12 horas e descansam 60 horas, com complementações mensais de 03 plantões, totalizando 13 plantões mensais ⁽⁴⁷⁾.

O quadro funcional dos enfermeiros da internação hospitalar do HCIV é composto por 23 enfermeiros, sendo: 09 plantonistas diurnos, 09 plantonistas noturnos, 04 diaristas, 01 na chefia da internação ⁽⁴⁷⁾.

3.3- População e Amostragem

População é agregação total de casos em que está interessado ⁽⁴⁸⁾. Destarte, a população desse estudo foi constituída por enfermeiros que trabalham no setor de internação hospitalar da unidade IV (Unidade de cuidados paliativos) do Instituto Nacional do Câncer (INCA), situado no Rio de Janeiro, há mais de 01 (um) ano.

A amostragem é o processo de seleção de uma porção para representar a população inteira. Já a amostra é um subconjunto dos elementos da população ⁽⁴⁸⁾.

Nessa perspectiva, a amostragem desse estudo foi composta pelos 23 enfermeiros da internação hospitalar, sendo 01 enfermeiro na liderança, 04 enfermeiros diaristas, 09 enfermeiros plantonistas do serviço noturno e 09 enfermeiros plantonistas do serviço diurno. Foi uma amostragem por conveniência, que envolve o uso de pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes ⁽⁴⁸⁾.

A amostra final foi composta por 18 enfermeiros, devido aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critério de Inclusão:

- Enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos oncológicos na internação hospitalar há mais de 1 ano.

Critério de exclusão:

- Enfermeiros licenciados do serviço por questões de licença médicas e maternidade (03 enfermeiros);
- Enfermeiros que optaram por não participar da pesquisa (02 enfermeiros).

3.4- Procedimentos éticos na pesquisa

A Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁽⁴⁹⁾, estabelece normas e diretrizes à conduta de pesquisa que envolvem seres humanos⁽³⁰⁾.

Atendendo às exigências e aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro no dia 12 de abril de 2017, de acordo com o parecer 2.013.996 - CAAE 65890117.6.0000.5243 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (CEP/INCA) como instituição coparticipante no dia 06 de maio de 2017, de acordo com o parecer 2.049.683 - CAAE 65890117.6.3001.5274 (ANEXO 2), após o cadastro prévio na plataforma Brasil.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os participantes do estudo em duas vias, uma para arquivamento do pesquisador e outra para o participante (APÊNDICE 1). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, comunicados que a participação era voluntária e que a recusa em participar não acarretaria quaisquer penalidades ou perda de benefícios.

Eles formalizaram a sua participação através da assinatura do TCLE.

Ao término da pesquisa, os conteúdos referentes às entrevistas foram armazenados em arquivo de modo seguro e sigiloso. Vencido o prazo de 05 (cinco) anos esse material será incinerado.

3.5- Procedimento e técnicas de coleta de dados

O estudo adotou como técnica de investigação a entrevista semiestruturada. A entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas com o objetivo de obtenção de dados que interessem à investigação⁽⁴⁴⁾.

A entrevista semiestruturada ocorreu em duas etapas:

- A primeira etapa foi composta por um questionário de dados sociodemográficos guiado por um questionário que segue o modelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e foram preenchidos de forma manuscrita pelo pesquisador, (APÊNDICE 2).
- A segunda etapa foi guiada por um roteiro de entrevista com perguntas abertas que abordavam questões relativas ao objetivo do estudo, visando compreender o sofrimento psíquico dos enfermeiros

que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos. (APÊNDICE 3).

As entrevistas foram realizadas no período de maio a julho de 2017 e ocorreram durante o período de trabalho em local reservado e tranquilo (sala de reuniões do sexto andar), porém de forma a não causarem prejuízos para a assistência prestada aos pacientes.

Não foram encontradas dificuldades na realização das entrevistas, visto que a sala de reuniões é um ambiente tranquilo e climatizado.

As entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador MP3, após a assinatura do TCLE. Em seguida foram transcritas de modo literal e arquivadas em software processador de texto (Microsoft Word 2016), para obter com maior exatidão das respostas advindas dos questionamentos.

Objetivando preservar o anonimato dos participantes, eles foram representados nesse estudo, por uma letra (E) e um número que representa a ordem em que a entrevista foi realizada.

3.6- Procedimento de análise e interpretação dos dados

Os dados qualitativos são derivados de materiais narrativos, como transcrições literais de entrevistas detalhadas, notas de campo do observador ou diários pessoais⁽⁴⁸⁾.

A análise qualitativa é um processo ativo e interativo. Tipicamente os pesquisadores qualitativos examinam seus dados com cuidado e deliberação e costumam rever esses dados repetidamente em busca de um sentido e de uma compreensão mais profunda. Boas idéias, imagens e teorias não podem emergir enquanto os pesquisadores não se familiarizam com os seus dados⁽⁴⁸⁾.

Entende-se por análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens, com indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens⁽⁵⁰⁾.

Para ordenação e organização do material empírico produzido nas entrevistas utilizamos o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, que tem suas bases na Teoria das Representações Sociais, possibilitando

organizar o conjunto de discursos verbais emitidos por um dado conjunto de sujeitos sobre um dado tema ⁽⁵¹⁾.

A Psicodinâmica do Trabalho se concentra na coletividade do trabalho, na organização da atividade de forma coletiva, e não em indivíduos isolados, dessa forma, busca analisar as estratégias defensivas utilizadas por esses indivíduos para o não adoecimento provenientes da organização do trabalho, como elemento fundamental. Esses espaços coletivos de discussão contribuem para uma reflexão sobre a realidade vivenciada, subsidiando mudanças e novas concepções sobre os desgastes nas organizações do trabalho. O trabalhador deixa de ser mero objeto de mão de obra e passa a ser o protagonista de todas as etapas do seu trabalho. Dessa forma, o desafio nas pesquisas que utilizam a Psicodinâmica do trabalho como referencial teórico e metodológico não está apenas na escolha correta dos instrumentos e técnicas, ou somente nos procedimentos e experiência do pesquisador ⁽⁵²⁾.

Diante desse panorama e considerando os pressupostos de Christophe Dejours, compreende-se que a psicodinâmica do trabalho procura essencialmente identificar questões subjetivas do trabalho, e por isso, o pesquisador deve buscar a heterogeneidade que existe entre a palavra do trabalhador e a experiência de quem pesquisa. Considerando que na metodologia proposta por Christophe Dejours uma das etapas é a validação consensual, entende-se que o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma ferramenta metodológica adequada para análise dos dados em pesquisas que utilizam como suporte teórico a psicodinâmica do trabalho ⁽⁵²⁾.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) faz-se de uma proposta para coleta, organização, tabulação e análise de dados qualitativos de natureza verbal, obtidas através de depoimentos, ou por meio do discurso dos sujeitos obtidos através de artigos de jornal, revistas e cartas ⁽⁵¹⁾.

Tal proposta origina-se de pressupostos antropológicos, na medida em que, se entende que o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto do discurso ou das formações discursivas, ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre este tema, do

qual, segundo a ciência social, os sujeitos lançam mão para se comunicar, interagir e pensar ⁽⁵¹⁾.

Para proceder à operacionalização do DSC ⁽⁵¹⁾, utilizamos as quatro figuras metodológicas:

- “Expressões-chave (ECH) – são pedaços, trechos ou transcrições literais de discursos, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.
- Idéia central (IC) - é o nome ou uma expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analíticos e de cada conjunto homogêneo de expressões-chave (ECH), que vai dar nascimento, posteriormente, aos DSC.
- Ancoragem (AC): é expressão lingüística de uma teoria, ideologia ou crença religiosa que o autor do discurso adota e que está embutido em uma afirmação como se fosse uma afirmação qualquer.
- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): é a reunião, num só discurso-síntese homogêneo redigido na primeira pessoa do singular de ECH que tem a mesma IC ou AC”.

Essas quatro figuras devem ser vistas cuidadosamente para gerar um resultado que expresse um resultado fiel daquilo que foi pesquisado.

Para auxiliar na análise do estudo foi utilizado o DSCsoft[®] ⁽⁵³⁾, software para o desenvolvimento de pesquisas quali-quantitativas através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Enquanto recurso de informática ele foi idealizado com o objetivo maior de servir de instrumento para que os pesquisadores pudessem realizar com mais segurança, eficiência e alcance as pesquisas qualitativas que comportem uma massa maior de depoimentos ⁽⁵³⁾.

O DSCsoft[®] foi patrimoniado pela USP e está disponível para download na internet no endereço: <http://www.tolteca.com.br> ⁽⁵³⁾

É importante salientar que enquanto recurso facilitador, o DSCsoft[®] não substitui, de nenhuma forma, o papel do pesquisador. Ele representa uma ajuda

importante para o investigador social porque permite que o profissional se concentre nas tarefas mais nobres da pesquisa (aquelas que giram em torno da detecção e análise de sentidos dos depoimentos) o que acaba redundando numa sensível economia de tempo e num aumento da eficácia da atividade investigativa (53).

Ao iniciar o DSCsoft[®], foi realizado o cadastro do estudo com o seu respectivo título e descrição. Em seguida o software recebeu o registro dos participantes da pesquisa, as suas perguntas e respectivas respostas na íntegra.

Ao iniciar o instrumento de análise de discurso 1 (IAD1), observou-se todas as expressões-chave (ECHs) e idéias centrais (ICs), seguindo então para a categorização.

Após a categorização de todos os questionamentos, todas as ECHs foram agrupadas com o auxílio do instrumento de análise de discurso 2 (IAD2). Ao final foi formulado o DSC na primeira pessoa do singular.

Com isso, foi realizada a análise individual de cada pergunta e posterior categorização de temáticas surgidas nos discursos. Assim foram constituídas as tabelas onde são mostradas essas categorias temáticas, e os discursos, que emergiram dos fragmentos semelhantes das falas, tomando forma única, que é o DSC, o sujeito que fala na primeira pessoa, como uma pessoa única.

4.0 - Apresentação dos resultados

Neste capítulo foi realizada a descrição dos resultados. Estes foram apresentados em duas etapas, obedecendo ao roteiro das entrevistas. Na primeira etapa descreveram-se os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e na segunda etapa os conteúdos advindos das respostas da entrevista semiestruturada na voz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1- Perfil dos sujeitos da pesquisa

A pesquisa contou com um total de 18 enfermeiros que trabalham na internação hospitalar do Instituto Nacional do Câncer (INCA) – unidade 4, gerando um total de 7 horas, 15 minutos e 20 segundos de entrevista.

Dos 18 enfermeiros entrevistados 11,11% são do sexo masculino e 88,89 do sexo feminino, essa constatação pode ser explicada revisando a história da humanidade, aonde a mulher sempre teve a responsabilidade nos cuidados com a prole, com o doméstico e com a família. A faixa etária variou entre 26 a 45 anos, sendo 16,67% entre 26 a 30 anos, 33,33% entre 31 a 35 anos, 38,89% entre 36 a 40 anos e 11,11% de 41 a 45 anos. Quanto a etnia dos entrevistados 55,55% se declararam brancos, 27,77% pardos e 16,67% negros. Observou-se que a maioria com 88,89% possuíam religião, contra uma minoria sem religião de 11,11%.

Quanto a espécie de domicílio ocupado 66,67% possuem domicílio particular permanente e 33,33% possuem domicílio improvisado (aluguel). Observou-se que 27,78% são solteiros, 61,11% são casados e 11,11% separados/divorciados. De todos os entrevistados 27,78% não possuem filhos, 38,89% possuem 01 filho e 33,33% possuem 2 filhos.

Foi observado também que a maioria dos entrevistados com 72,22% possuem especialização e a minoria com 27,78% fizeram residência no Instituto Nacional de Câncer – INCA.

Quanto ao tempo de trabalho com cuidados paliativos no Instituto Nacional de Câncer - INCA 44,44% trabalham a 2 anos, 11,12% trabalham de 3 a 6 anos e 44,44% trabalham de 7 a 10 anos, aonde 27,78% são diaristas, 38,89% trabalham no plantão diurno e 33,33% no plantão noturno. Metade dos entrevistados com 50%, possuem outro vínculo empregatício.

Observou-se também que 50% dos entrevistados recebem de 9 a 12 salários mínimos e os outros 50% recebem acima de 12 salários mínimos. Vide tabela 1 com a distribuição dos dados sóciodemográficos dos participantes.

Tabela 1: Distribuição dos dados sóciodemográficos dos participantes da pesquisa, RJ 2017 (n = 18)

| VARIÁVEIS | N | % |
|------------------|-----------|------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 2 | 11,11 |
| Feminino | 16 | 88,89 |
| Total | 18 | 100 |
| Idade | | |
| 26 a 30 | 3 | 16,67 |
| 31 a 35 | 6 | 33,33 |

| | | |
|---|-----------|------------|
| 36 a 40 | 7 | 38,89 |
| 41 a 45 | 2 | 11,11 |
| Total | 18 | 100 |
| Etnia | | |
| Branco (a) | 10 | 55,56 |
| Pardo (a) | 5 | 27,77 |
| Negro (a) | 3 | 16,67 |
| Total | 18 | 100 |
| Possui Religião | | |
| Sim | 16 | 88,89 |
| Não | 2 | 11,11 |
| Total | 18 | 100 |
| Espécie de domicílio ocupado | | |
| Particular permanente | 12 | 66,67 |
| Particular improvisado (aluguel) | 6 | 33,33 |
| Total | 18 | 100 |
| Situação Conjugal | | |
| Solteiro (a) | 5 | 27,78 |
| Casado (a) | 11 | 61,11 |
| Separado (a) / divorciado (a) | 2 | 11,11 |
| Total | 18 | 100 |
| Filhos | | |
| Nenhum | 5 | 27,78 |
| 1 | 7 | 38,89 |
| 2 | 6 | 33,33 |
| Total | 18 | 100 |
| Maior formação profissional | | |
| Especialização | 13 | 72,22 |
| Residência | 5 | 27,78 |
| Total | 18 | 100 |
| Tempo de trabalho em cuidados paliativos | | |
| Até 2 anos | 8 | 44,44 |
| 3 a 6 anos | 2 | 11,12 |
| 7 a 10 anos | 8 | 44,44 |
| Total | 18 | 100 |
| Horário laboral | | |
| Diarista | 5 | 27,78 |
| Plantão diurno | 7 | 38,89 |
| Plantão noturno | 6 | 33,33 |
| Total | 18 | 100 |
| Possui outro vínculo empregatício | | |
| Não | 9 | 50 |
| Sim | 9 | 50 |
| Total | 18 | 100 |
| Valor da renda mensal | | |
| 9 a 12 salários mínimos | 9 | 50 |
| Acima de 12 salários mínimos | 9 | 50 |
| Total | 18 | 100 |

4.2- Os depoimentos dos participantes da pesquisa na voz do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Durante a atenta leitura dos discursos proferidos pelos participantes da pesquisa, bem como sua análise através do DSCsoft[®], determinadas idéias centrais imprimiram representatividade. Em cada questão apresentada nota-se haver mais de uma idéia central, dotada de suas expressões chaves, dando origem a mais de um discurso dentro de um mesmo questionamento, porém com sentidos diferentes.

Essas idéias centrais deram origem a três eixos temáticos:

- Conhecimento sobre sofrimento psíquico;
- Características da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos na percepção dos enfermeiros;
- Influência da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos sobre o enfermeiro.

Tabela 2: Pergunta 1, RJ 2017 (n=18)

| Perguntas | Categorias | N | % |
|---|---|----|-------|
| O que você sabe sobre sofrimento psíquico? | 1A - É padecer por algo sem saber o que levou a esse sofrimento. | 5 | 27,78 |
| | 1B - Não tenho conhecimento e domínio do assunto, apenas de uma maneira superficial. | 13 | 72,22 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“Sei sim. É padecer por algo sem saber o que levou a esse sofrimento. Está ligado ao prazer, satisfação e frustração. Primeiro ouvi falar na pós-graduação e logo em seguida me aprofundi no assunto. Já li alguns artigos que falam sobre sofrimento psíquico, mas nada ligado a cuidados paliativos. Tenho noção do que se trata, observo esse sofrimento aqui na internação, principalmente pela impaciência de alguns enfermeiros ao serem abordados por cuidadores e outros colegas. Mesmo com o plantão tranquilo eles reclamam, ficam irritados e tristes, mas não sei se é por conta das tristezas observadas ou por motivos pessoais.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Não tenho conhecimento e domínio do assunto, apenas de uma maneira superficial. Eu já participei de conversas e ouvi alguns colegas falando sobre sofrimento psíquico e alguns relacionavam ao absenteísmo e atestados da medicina do trabalho pela psiquiatria, mas foram conversas de corredor e de maneira informal. Ninguém falou o conceito, pois eram conversas sem embasamento científico, mas percebo algumas pessoas tristes e até eu já sai do plantão me sentindo triste...”

Tabela 3: Pergunta 2 , RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|--|---|----|-----|
| Você acha seu trabalho em cuidados paliativos oncológicos penoso? | 2A - Em alguns momentos me causa tristeza, mas não é penoso. | 9 | 50 |
| | 2B – Me causa satisfação | 9 | 50 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“Penoso nunca! Em alguns momentos me causa tristeza, mas não chega ser penoso. Mesmo eu sabendo que a morte é um evento natural, eu me envolvo com o que acontece com os pacientes e seus familiares. Mas isso não ocorre o tempo todo e não acontece com todos os pacientes. Eu praticamente sei o momento em que ele vai morrer e acabo estabelecendo vínculo. A iminência da morte, a morte e a notícia do óbito me angustiam em determinados momentos. Além da morte as feridas tumorais são terríveis e degradantes e em alguns momentos também me mobilizam sentimentalmente, principalmente por uma questão de empatia. A demanda de trabalho é muito grande e carga emocional desprendida é enorme, pois o número de enfermeiros não é suficiente, mas ainda assim o trabalho não chega ser penoso.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Não acho o meu trabalho penoso, ele nunca foi penoso. Eu lutei tanto para estar aqui, eu pedi tanto a Deus para passar no concurso e me preparei muito

para entrar no INCA. Sou muito grato por tudo, principalmente por ser um emprego seguro e estável. Eu consigo me dar bem com a morte, foi com esse tipo de paciente que escolhi trabalhar. A sensação que eu saio daqui é de satisfação. O meu trabalho em cuidado paliativo me deixa melhor, mesmo sendo um ambiente com sofrimento e com dor, acaba sendo um ambiente acolhedor, coisa que até então eu não tinha visto. É muito bom você conseguir aliviar a dor do outro, dando esclarecimento e suporte. Eu acho muito gratificante. Eu saio do plantão satisfeito, principalmente por ter atingido o meu objetivo e ter dado conforto e minimizado o sofrimento do paciente no momento da morte, e de ter acolhido com carinho a sua família.”

Tabela 4: Pergunta 3, RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|--|---|----------|----------|
| Qual é a maior dificuldade na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos? | 3A - Convívio com o familiar ou cuidador | 10 | 55,56 |
| | 3B – Convívio com a equipe | 8 | 44,44 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“A maior dificuldade é o convívio com a família ou com cuidador. Eles não aceitam o processo de evolução da doença e não aceitam o tratamento proposto. Com isso eles chamam a todo momento, eles reclamam, eles fazem escândalos, eles incomodam o próprio paciente, o paciente ao lado e eles negam a doença o tempo todo, por isso o lidar com familiar é o mais complicado. Conviver com o familiar ou com o cuidador no momento da dor e da morte é muito difícil e eles dificultam o desenvolvimento do trabalho. Isso me deixa angustiado, isso me causa cansaço. Acho cansativo, pois eles perguntam tudo que já sabem, mas querem ouvir novamente e repetem a mesma pergunta para vários enfermeiros. Alguns deles negam a evolução da doença. As vezes eu vejo a família chorando e preciso sair para não chorar.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Eu acho que o convívio com a equipe é o mais estressante. Trabalhar em equipe é difícil, tanto com equipe de enfermagem quanto com os outros membros da equipe multidisciplinar, como fisioterapeuta, nutricionista, serviço social, psicólogo e médico. Todos querem dar ordens nos enfermeiros e não fazem o seu papel. Mesmo com tanta gente e tantas pessoas podendo orientar ou ajudar um cuidador, o enfermeiro acaba sendo sobrecarregado. O Enfermeiro acaba participando de todos os processos, isso traz mais angústia e desgaste no trabalho. Eu digo que o manejo interpessoal com alguns membros da equipe é muito difícil e poderia ser melhor. Eu acho que os papéis de cada membro da equipe não são bem definidos. A defesa dos interesses pessoais de cada categoria, acaba sendo maior. Eu acho que as pessoas não querem discutir suas funções e tarefas, principalmente porque acham que terão mais trabalho. Tudo termina nas mãos dos enfermeiros.”

Tabela 5: Pergunta 4, RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|--|---|----------|----------|
| Quais são os pontos positivos em trabalhar com cuidados paliativos oncológicos? | 4A – Crescimento Profissional | 10 | 55,56 |
| | 4B – Crescimento como ser humano | 8 | 44,44 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“Eu vejo muitos pontos positivos aqui e tenho estímulo para estudar, pois o plano de carreira é muito bom e possibilita ganhar melhor. Muito bom profissionalmente, pois posso crescer. Sinto-me realizado profissionalmente por trabalhar aqui. Realizo-me quando percebo que fiz bem o meu trabalho, isso me dá uma alegria muito grande, mesmo sabendo que o paciente está em cuidados paliativos, eu ainda assim, consigo me sentir satisfeito. Muito bom saber que através do meu trabalho eu consigo diminuir o sofrimento de um paciente e dar suporte a família. Isso me traz muito prazer e realização profissional. Aliviar o

sofrimento do outro, nem que seja através de uma conversa, de um esclarecimento.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Eu melhorei minha visão de vida e mudei meus valores. Eu costumo dizer que é uma via de mão dupla, pois ao conviver com o paciente em cuidados paliativos, eu reflito sobre a minha vida e tomo como lição. Eu comecei a dar valor a coisas que eu não dava. Eu comecei a ver minha própria família de uma forma diferente e amá-los de forma incondicional. Trabalhar com cuidados paliativos me torna melhor diariamente como ser humano. Eu valorizo muitas coisas no dia a dia que antes passavam despercebidas. Eu hoje vejo a vida e a morte de uma forma melhor.”

Tabela 6: Pergunta 5, RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|--|--|-----------|------------|
| O que te fortalece para continuar trabalhando em cuidados paliativos oncológicos? | 5A – O que me fortalece é Deus. | 7 | 38,89 |
| | 5B – Minha família. | 7 | 38,89 |
| | 5C – Eu faço terapia. | 4 | 22,22 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“Realmente, o que me acalma, o que me recompensa, o que me fortalece é Deus. A minha religiosidade me ajuda muito. Faço minhas orações todos os dias e peço a Deus que abençoe todo mundo. Agradeço sempre. A minha questão espiritual me ajuda muito. Eu acho que isso me alimenta, eu acho que esse é o meu ritual.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Procuro ficar com minha família. Eles me energizam, eles me alimentam de coisas boas. Ficar com meus filhos e com quem eu amo é maravilhoso. Ficar o dia todo em casa com minha família vendo filme para mim já fortalece e me ajuda. Com a minha família me sinto abençoado. Fazendo dessa forma também eu tiro um tempo para eles e a gente fica ali, feliz na minha casa, aquele momento com a minha família, isso me descansa muito, isso me dá energia, me dá energia para começar de novo.”

Discurso do Sujeito Coletivo – C

“Eu faço terapia e foi libertador para mim, eu passei a me conhecer melhor e a conviver melhor com os outros. Me conhecer melhor foi a grande lição para então entender o outro e saber como me comportar com o sofrimento do outro. Acho que todo mundo deveria fazer terapia.”

Discurso do Sujeito Coletivo – D

“Gosto de sair, viajar, comer e comprar roupas. Gosto de produtos bons e sou muito ligado em estética. Trabalho para me satisfazer e fico feliz de poder comprar o que é bom e melhor para mim. Seria muito ruim trabalhar e não poder comprar o que eu quero.”

Tabela 7 : Pergunta 6 , RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categorias | n | % |
|---|------------------------------------|----|-------|
| Como você se sente antes de iniciar o seu plantão? | 6A – Eu me sinto indisposto | 7 | 38,89 |
| | 6B – Eu fico preocupado | 4 | 22,22 |
| | 6C – Não projeto o plantão | 7 | 38,89 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo - A

“Sinto muita indisposição. Eu durmo bem, não tenho insônia e não me sinto triste antes do plantão. Eu tenho dificuldade é para acordar. Queria ficar dormindo, mas dormir mal eu não durmo, pelo contrário tenho muito sono e

indisposição. Mesmo dormindo me sinto cansado e indisposto. Uma tremenda preguiça e vontade de dormir o dia todo, porém quando eu chego aqui eu esqueço essa preguiça. Acredito que essa indisposição seja por conta da minha rotina de trabalho, pois trabalho em outro hospital e minha carga horária de trabalho é terrível.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Eu venho um pouco preocupado e receoso. Eu gosto muito de trabalhar aqui, mas antes de vir eu fico preocupado com os curativos degradantes. Preocupo-me também, quando sei que tem um paciente jovem de longa permanência na internação em que o familiar é agressivo. Isso me deixa preocupado. Ficamos expostos à raiva de alguns cuidadores e já vi muitos colegas serem ofendidos durante o plantão. Normalmente isso acontece quando o paciente é jovem e os pais não aceitam a situação/doença, e são agressivos.”

Discurso do Sujeito Coletivo – C

“Antes de vir, eu procuro não projetar o plantão, eu deixo acontecer. Eu não fico sofrendo e pensando se vai morrer algum paciente ou se eu vou encontrar pacientes com dor e feridas. Eu não tenho esses pensamentos antes do trabalho. Eu venho trabalhar tranquilo e não fico pensando no que está me esperando. Eu gosto de trabalhar aqui e lutei muito por esse concurso.

Tabela 8: Pergunta 7, RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|---|--|-----------|------------|
| Alguma situação durante o plantão já influenciou na sua assistência de enfermagem? | 7A - Já fiquei muito abalado e precisei parar o que estava fazendo. | 11 | 61,11 |
| | 7B - Nunca sofri impacto a ponto de me bloquear no trabalho. | 7 | 38,89 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“Já fiquei muito abalado. O paciente estava com dispnéia e aí ele virou para mim e falou: por favor, não me deixa morrer. Aquilo acabou comigo e me arrasou.

Sempre que me deparo com uma situação triste eu saio e choro, mas não é nada que impossibilite a execução do meu trabalho ou que me faça triste permanente, é apenas durante aquele momento. Depois eu retorno, pois sei que o paciente precisa de mim.

Outra situação que me abala é ver o desespero de uma mãe ou um pai perdendo seu filho. Isso me abala muito, pois acho que poderia ser comigo. Entendo o desespero e me projeto naquela situação. Aconteceu comigo e eu não consegui voltar para dar continuidade, e chorei muito. Nesse dia precisei que o colega enfermeiro continuasse os cuidados e fiquei extremamente sensibilizado. Acho que chorei porque não consegui fazer o que eu tinha que fazer, foi uma sensação de impotência absoluta.

Eu já executei meu trabalho chorando, isso foi muito recente, em uma conversa depois do óbito do paciente com familiar. Eu sentei e chorei junto com a família. Eu conseguir desenvolver o meu trabalho, mas chorando. Eu conversava com a família falando da morte, mas completamente sensibilizado e chorando junto com ela. Na verdade eu chorei e não tive vergonha. Mas foi difícil, porque aquilo me sensibilizou demais, não a ponto de não conseguir desenvolver o meu trabalho. Eu consegui fazer as orientações que eu deveria fazer, mas foi chorando junto com a filha da paciente.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“A questão da morte é tranqüila. Em alguns momentos eu vejo a morte como a interrupção do sofrimento e não o início do sofrimento, já que ele sofreu muito até aquele momento. O sofrimento é tão grande, a guerra pela sobrevivência do paciente é muito desgastante. Alguns pacientes pedem para Deus interromper logo com aquele sofrimento. O paciente fica tão consumido, que às vezes eu acabo entendendo que a morte é necessária, até mesmo para um descanso de tanto sofrimento. Nunca sofri um impacto aqui a ponto de me bloquear no trabalho.”

Tabela 9: Pergunta 8, RJ 2017 (n=18)

| Pergunta | Categoria | n | % |
|--|---|----|-------|
| De que maneira o trabalho em cuidados paliativos oncológicos influenciam na sua vida pessoal? | 8A - Sem dúvidas nenhuma de forma positiva | 11 | 61,11 |
| | 8B - Eu recebo influências negativas | 7 | 38,89 |
| Total de respostas | | 18 | 100 |

Discurso do Sujeito Coletivo – A

“A influência sem dúvida nenhuma é de forma positiva, e hoje dou valor a coisas que antes eu não dava. Coisas pequenas, como ficar um domingo em casa com a minha família. Dou valor a coisas simples. É um aprendizado constante, e digo que me tornei melhor como pessoa e que evolui espiritualmente, e hoje eu não enxergo a morte com uma coisa ruim. Além do lado pessoal, eu melhorei também minha técnica nos processos de enfermagem. Sinto muito orgulho de falar que eu trabalho aqui no INCA.

Eu sempre penso no que estou e tento aproveitar a vida de forma positiva, já que tudo passa muito rápido. Meus valores mudaram muito, hoje eu vejo a vida de forma diferente. Estou mais ligado a minha família. Trabalhar em cuidados paliativos oncológicos me mostra o quanto sou abençoado.”

Discurso do Sujeito Coletivo – B

“Eu recebo influências negativas. Durante o plantão diurno isso aqui é muito estressante, prefiro trabalhar a noite ou no final de semana. As vezes fico um pouco estressado, triste e acabo levando para casa. Quando eu saio daqui chateado eu vou para casa e a única coisa que eu quero fazer é dormir. Não quero sair, não quero fazer nada, apenas dormir. Eu penso em acabar logo aquele dia para esquecer o que passou.

5 – Discussão dos Resultados

O estudo revela situações consideradas primordiais no que se refere ao trabalho dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos, levando em consideração a sua subjetividade.

A assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos pode exercer influência sobre a vida dos enfermeiros, podendo conduzi-lo ora ao prazer, ora ao sofrimento e através das suas palavras podemos elaborar soluções condizentes com sua realidade e não meramente intervir.

5.1-Conhecimento sobre sofrimento psíquico

A relação da saúde mental com o trabalho tornou-se amplamente discutida após a revolução industrial no sec. XIX. A partir do capitalismo industrial surgiram discussões a cerca das condições insalubres do trabalho que ainda são muito presentes, como: redução da jornada de trabalho, esgotamento físico, acidentes de trabalho, melhoria salarial, aumento de desemprego e falta de moradia ⁽³⁹⁾.

A partir das pesquisas e idéias de Christophe Dejours se constituiu um ramo de pesquisa, a Psicodinâmica do Trabalho. Estas pesquisas têm como foco a relação entre saúde mental e trabalho e investigam os mecanismos de defesa dos trabalhadores frente às situações causadoras de sofrimento, decorrentes da organização do trabalho ⁽⁵⁴⁾.

Para Dejours, o trabalho está centralizado na vida do sujeito, postulando uma continuidade entre o funcionamento psíquico no trabalho e fora dele. A separação clássica em “dentro e fora do trabalho” não tem o menor sentido. Se o trabalho permite a formação e consolidação da identidade, por outro lado ele pode também, fomentar a descompensação psíquica ⁽⁵⁵⁾.

Nesta pesquisa, identificamos que todos os enfermeiros entrevistados que trabalham com pacientes em cuidados paliativos oncológicos verbalizaram sofrer influências desse trabalho, porém apenas 27,78% sabiam a definição de sofrimento psíquico, contra a grande maioria de 72,22% que não sabiam e não tinham conhecimento do que se tratava.

Ao serem questionados sobre a definição e conhecimento sobre o sofrimento psíquico, os enfermeiros entrevistados demonstram conhecimento

prévio a respeito do assunto e relataram ter ouvido falar sobre esse sofrimento durante a pós-graduação, conforme discurso 1A:

“É padecer por algo sem saber o que levou a esse sofrimento... Primeiro ouvi falar na pós-graduação e logo em seguida me aprofundei no assunto... observo esse sofrimento aqui na internação, principalmente pela impaciência de alguns enfermeiros ao serem abordados por cuidadores e outros colegas.”

Esse discurso nos leva a constatar que a saúde do trabalhador vem sendo mencionada na produção do conhecimento, mesmo que ainda de forma morosa, já que a grande maioria relatou falta de conhecimento e domínio sobre o assunto, conforme o discurso 1B:

“Não tenho conhecimento e domínio do assunto, apenas de uma maneira superficial... mas percebo algumas pessoas tristes e até eu já sai do plantão me sentindo triste...”

Tanto no discurso 1A quanto no discurso 1B, podemos observar o relato de características pertinentes a influências provenientes do trabalho como irritabilidade e tristeza.

A justificativa da falta de conhecimento sobre sofrimento psíquico é de certa forma compreensível, uma vez que a psicodinâmica do trabalho é uma disciplina muito jovem comparada à psiquiatria e à psicologia, pois surgiu no século XX e foi marcada por lutas intermináveis. Foram 15 anos para o projeto de lei de acidente de trabalho e mais 11 anos para o de higiene e segurança ⁽⁵⁴⁾.

O reconhecimento da doença profissional se deu em 1919, porém as doenças eram relacionadas ao sofrimento físico e não se mencionava o sofrimento psíquico ⁽⁵⁴⁾.

A ergonomia comandava o cenário na luta contra as doenças ocupacionais, mas por volta de 1952 surgiu o primeiro manifesto contra a alienação do trabalho tão difundida com o Taylorismo. Nesse momento surgiu a psicopatologia do trabalho e com ela a luta contra o sofrimento psíquico através da organização do trabalho ⁽⁵⁴⁾.

Segundo Dejours, a psicodinâmica do trabalho não foi estudada na sua plenitude porque as condições para o seu crescimento ainda não estavam reunidas, ao contrário do que acontece hoje, pois a condição de saúde dos trabalhadores não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações trabalhistas e avanços tecnológicos ⁽⁵⁴⁾.

A psicodinâmica do trabalho é uma disciplina em constante transformação, pois a sua evolução é resultado do avanço tecnológico e humano, inspirando-se nas ações e revelações do homem físico e intelectual, em busca do direito à vida e contra a alienação. À medida que o homem sofre mutações psicossociais, a psicodinâmica do trabalho emite reações.

A saúde do trabalhador não deve ser tratada como um sub-capítulo na história da humanidade ⁽⁵⁴⁾.

A partir do exposto, fica evidente a importância da construção de pesquisas e intervenções interdisciplinares e multiprofissionais, no afã de abordar o trabalho em sua complexidade, fugindo assim da tendência da produção de conhecimento especializada, fragmentada e atomizada ⁽⁵⁶⁾.

Por fim, merecem destaque novas ênfases na produção de conhecimentos sobre psicodinâmica do trabalho, originadas da realidade, das necessidades, características e particularidades do Brasil, enquanto uma formação social específica, eivada de graves problemas estruturais. Atentar ao contexto nacional contribui para escapar aos modismos e a reprodução crítica de teorias e métodos oriundos de conjunturas sociais, políticas, culturais e econômicas muito distintas do Brasil ⁽⁵⁶⁾.

5.2- Características da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos na percepção dos enfermeiros

Compreendida pelas questões 2, 3, 4, 5 e 6, que descrevem a percepção dos enfermeiros sobre as características da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos oncológicos, através do discurso do sujeito coletivo.

O enfermeiro mantém contato direto e prolongado com os pacientes e familiares, sendo o primeiro que atende suas necessidades e que,

conseqüentemente, estabelece vínculos afetivos. Essa proximidade tanto pode ser benéfica, quanto pode torná-lo vulnerável ao sofrimento psíquico. Ao permanecer próximo nos momentos difíceis, o enfermeiro torna-se uma referência no cenário do cuidado; é a ele que o paciente e a família recorrem quando necessitam de esclarecimentos ou cuidados imediatos. O enfermeiro torna-se então, o primeiro profissional a lidar com o morrer e a morte e conseqüentemente, é o que está mais suscetível a receber influência dessa assistência ⁽⁵⁷⁾. O discurso 2A descreve características dessa assistência:

“Penoso nunca! Em alguns momentos me causa tristeza, mas não chega ser penoso... Mas isso não ocorre o tempo todo e não acontece com todos os pacientes... Além da morte as feridas tumorais são terríveis e degradantes e em alguns momentos também me mobilizam sentimentalmente, principalmente por uma questão de empatia. A demanda de trabalho é muito grande... o número de enfermeiros não é suficiente, mas ainda assim o trabalho não chega ser penoso...”

Promover a despedida é um momento marcante na experiência de um enfermeiro, enquanto vivencia o cuidar de uma pessoa em processo de morrer e diante da morte. Impulsionado pelos recursos inerentes à sua personalidade e maturidade profissional, desenvolvidos durante os anos de trabalho, e resgatando suas crenças sobre o cuidado de enfermagem no processo de morrer, ele age aproximando a família do paciente, no momento de separação, demarcado pela morte do familiar ⁽⁵⁸⁾.

Apesar do contato com a morte e com o morrer, o entristecimento não é um episódio corriqueiro, estando presente apenas com alguns pacientes ou em algumas situações.

O contato constante com a morte, conduz o enfermeiro a confrontar a sua própria morte e gerar perspectivas de um futuro difícil, principalmente no que se refere ao legado deixado, podendo gerar mobilização emocional e tristeza. A ocorrência desse evento depende da identificação e da projeção do enfermeiro sobre a vida e sofrimento do paciente, ocorrendo de forma natural por empatia.

Para Dejours, a origem do sofrimento, por sua vez, também tem suas raízes na história singular de toda pessoa. O sofrimento é individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa, juntamente com a organização do trabalho ⁽⁵⁹⁾.

Para o Neurologista e neurocientista Antônio Damásio, a tristeza é uma emoção. As emoções são respostas químicas e neuronais que formam um padrão; dizem respeito a vida de um organismo usando o corpo como “teatro” com o objetivo de manter a vida. É experimentada quando a pessoa encontra em situações de perda e desapontamento. As emoções surgem em dois tipos de circunstâncias: quando o organismo processa determinados objetos ou situações através de um dos seus dispositivos sensoriais; e quando a mente dum organismo recorda certos objetos e situações e os representa, enquanto imagens, no processo do pensamento ⁽⁶⁰⁾.

Dejours, define organização do trabalho a partir de dois elementos: a divisão do trabalho que se refere à divisão de tarefas, cadências e ao modo operatório prescrito; e a divisão dos homens que abrange as relações hierárquicas e de poder, bem como as responsabilidades ⁽³⁷⁾.

Em contrapartida no discurso 2B, os enfermeiros demonstram satisfação em trabalhar em cuidados paliativos oncológicos:

“Não acho o meu trabalho penoso, ele nunca foi penoso. Eu lutei tanto para estar aqui, eu pedi tanto a Deus para passar no concurso e me preparei muito para entrar no INCA... A sensação que eu saio daqui é de satisfação... É muito bom você conseguir aliviar a dor do outro, dando esclarecimento e suporte. Eu acho muito gratificante.”

A satisfação é uma situação ou evento que varia de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, de acordo com a mudança de tempo até mesmo para a mesma pessoa e está sujeita às influências das forças internas e externas ao ambiente de trabalho.

Dejours, afirma que o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica do trabalho. O trabalho nem sempre é patogênico. Ao contrário, tem

poder estruturante em face tanto da saúde mental quando física, logo, o trabalho é mediador da saúde e se inscreve na dinâmica da auto-realização⁽⁶¹⁾.

Para a psicóloga Ana Magnólia Mendes, o reconhecimento é o processo de valorização do esforço investido na tarefa e até mesmo do sofrimento investido para a realização do trabalho, quando propicia o crescimento das características próprias do indivíduo⁽⁶²⁾.

Segundo Maslow, o homem se motiva quando suas necessidades como auto realização, auto estima e outros fatores relacionados, são supridas. A motivação é um conjunto de ações que se manifestam de várias formas influenciando o indivíduo em sua conduta⁽⁶³⁾.

A realização pessoal de passar em um concurso público, em uma instituição conceituada, de adquirir estabilidade de emprego e financeira, pode ser a sublimação dos problemas enfrentados diariamente durante a assistência de enfermagem.

Segundo Dejours, o julgamento de outras pessoas, da família e da comunidade tem como objetivo para o sujeito, o seu reconhecimento frente às relações sociais que ele estabelece para sua vida. Assim, a sublimação desencadeia o reconhecimento social e, conseqüentemente, interfere na identidade e na saúde mental do sujeito⁽⁶⁴⁾.

A satisfação profissional sentida pelos enfermeiros, pode ser justificada pelo fato de todos eles trabalham com pacientes em cuidados paliativos por escolha própria e não por imposição do processo seletivo do concurso público. Após a aprovação no concurso publico feito uma entrevista com os enfermeiros aprovados dando a possibilidade de escolha sobre o setor e a especialidade oncológica na qual o mesmo gostaria de trabalhar.

O sentimento, seja ele qual for, é uma característica do cuidar, e a percepção das suas implicações na assistência leva a reflexão sobre como agir e analisar a situação. Esses sentimentos demonstraram-se constantes na vida dos enfermeiros entrevistados e estão diretamente relacionadas com a sua vida privada e com a vivência do outro enquanto paciente.

Através dos discursos 2A e 2B, fica elucidado que trabalhar em cuidados paliativos não é penoso e os sentimentos advindos dessa assistência dependem da sublimação e das estratégias de defesas de cada enfermeiro.

Em nenhum momento a morte foi citada como fator negativo.

Alguns sentimentos e angustias foram unânimes, e elencados pelos enfermeiros no discurso 3A e 3B:

“A maior dificuldade é o convívio com a família ou com cuidador... eles chamam a todo momento, eles reclamam, eles fazem escândalos, eles incomodam o próprio paciente, o paciente ao lado e eles negam a doença o tempo todo, por isso o lidar com familiar é o mais complicado... Acho cansativo, pois eles perguntam tudo que já sabem, mas querem ouvir novamente e repetem a mesma pergunta para vários enfermeiros. Alguns deles negam a evolução da doença.”

O enfermeiro é a pessoa mais provável para satisfazer as necessidades da família, principalmente às necessidades de apoio. Satisfazer essas necessidades não é uma tarefa fácil, demandando comprometimento e tempo.

Segundo Elisabeth Kübler-Ross, os familiares e os cuidadores poderão passar pelos mesmos estágios do luto do paciente perante a morte. Em primeiro lugar, estarão no estágio de choque e negação, seguido para raiva, barganha, depressão e aceitação final ⁽⁶⁵⁾.

Alguns membros da família dos pacientes podem reagir com negação perante a doença. Esse processo serve como “amortecedor” na percepção e no conhecimento da gravidade em que se encontra o paciente. Durante essa fase o familiar se torna muito dependente e questionador, levando muitas dúvidas e carências ao enfermeiro.

No entanto, ao buscar conforto, o familiar demanda mais trabalho, e gera maior desprendimento de energia do enfermeiro para realizar o trabalho. O familiar recorre ao enfermeiro quando deseja falar de si, dos seus medos, da sua relação com o paciente e de suas esperanças. Ser capaz de ouvir e de transmitir coragem é extremamente importante ⁽⁶⁶⁾.

A família é a continuidade do paciente, sendo o emissor das demandas geradas por eles. Enquanto o foco do cuidado estiver voltado somente ao paciente, as demandas da família não serão contempladas, especialmente quanto à exposição de seus sentimentos ⁽⁵⁸⁾.

O enfermeiro tem que lidar com a ansiedade e revolta dos pacientes e seus respectivos familiares, desempenhando um importante papel na redução desses sentimentos, e prestar-lhes informação adequada. A insatisfação dos doentes e familiares muitas vezes advém da falta de comunicação e acesso aos membros das equipes, e sobrecarregam os enfermeiros ⁽⁶⁶⁾.

A inclusão da família na participação dos cuidados é crucial, pois permitirá que a mesma tenha uma melhor adaptação ao processo de luto, uma vez que vai sentir que tudo foi feito pelo paciente ⁽⁶⁶⁾.

Muitas situações adversas surgem, e aumentam a demanda de trabalho do enfermeiro. A própria inadequação do número de enfermeiros não permite a execução de uma assistência com total qualidade, levando à sobrecarga de trabalho.

Orientar, integrar e acolher um familiar na sua totalidade é praticamente impossível com o número reduzido de enfermeiros.

Conforme a tab.1 - 50% dos enfermeiros entrevistados trabalham em jornada dupla de plantão, o que poderia justificar a dificuldade de convívio com o familiar, já que a situação gera novas demandas. A sobrecarga de trabalho gera maior desgaste e insatisfação.

A autoconfiança é invariavelmente impactada, pois, além de se sentir incapaz por não conseguir atender com qualidade às demandas vindas da chefia, o enfermeiro ainda se sente abalado por ter traído o senso ético e seus valores morais. A identidade do trabalhador é impactada e surge o risco de sofrimento ⁽³⁷⁾.

Mesmo levando em conta o bom vencimento salarial do INCA, apenas 27,78% dos enfermeiros não possuem filhos, o que configura uma maior demanda no aumento da renda familiar para sustento da prole.

No discurso 3B a relação de equipe é descrita como um fator estressante no trabalho:

“Eu acho que o convívio com a equipe é o mais estressante... Todos querem dar ordens nos enfermeiros e não fazem o seu papel... O Enfermeiro acaba participando de todos os processos, isso traz mais angústia e desgaste no trabalho... os papéis de cada membro da equipe não são bem definidos... Eu acho que as pessoas não querem discutir suas funções e tarefas, principalmente porque acham que terão mais trabalho. Tudo termina nas mãos dos enfermeiros.”

Uma equipe forma-se quando as pessoas que a constituem colocam as suas competências ou capacidades a serviço de um interesse comum, através de uma livre expressão e partilha de opiniões, com o objetivo de realizar uma determinada tarefa ⁽⁶⁶⁾.

O conflito pode surgir sempre que duas ou mais pessoas partilham idéias ou atividades incompatíveis ou aparentemente incompatíveis, e que ocupam o mesmo espaço ao mesmo tempo. No entanto isto só ocorre se existir interdependência ⁽⁶⁷⁾.

José Bleger, descreve o hospital como instituição e cita a dificuldade do relacionamento multidisciplinar, afetado também, pelo ambiente hospitalar que suscita condições de dor, morte e doenças. Além da equipe de enfermagem, outros profissionais de saúde atuam no hospital, no entanto, o enfermeiro é o profissional que mais tempo fica com o paciente, já que é responsável pelos cuidados diretamente prestados e pela observação de qualquer alteração na estabilidade global dos pacientes. Quando há falhas ou interrupções no trabalho de outros profissionais, os pacientes projetam suas angústias, frustrações, ingratidões e exigências, nos profissionais que são mais próximos ⁽⁶⁸⁾.

Observa-se no discurso dos entrevistados novamente um reflexo da sobrecarga de trabalho associado a uma comunicação ruidosa no processo interpessoal. Em uma equipe, a comunicação ruim, a sobrecarga de trabalho e o conflito de papéis podem gerar sofrimento. Nesse momento o sofrimento transpassa pela falta de senso ético.

Quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico do enfermeiro, isso é, quando todas as possibilidades de reorganização e adaptação entre a organização do trabalho e os enfermeiros são bloqueadas,

emerge o sofrimento. Durante este processo, os enfermeiros criam estratégias defensivas para se protegerem, e na criação destas é que surge o sofrimento psíquico.

Kron e Gray, descrevem que a parceria entre os trabalhadores, depende de uma união presente e de uma comunicação efetiva. A comunicação é necessária em todos os aspectos das ações e relações laborais no cotidiano. É por meio dela que se pode desenvolver a compreensão e o respeito mútuo, indispensáveis no trato com os colegas de trabalho, pacientes e familiares ⁽⁶⁹⁾.

A comunicação entre os membros da equipe deve ser clara e com o objetivo de facilitar o desenvolvimento das tarefas. A falta ou a deficiência na comunicação, gera barreiras nas relações e impede a interdisciplinaridade, fato este claramente evidenciado no discurso dos enfermeiros entrevistados.

O trabalho da equipe multidisciplinar em cuidados paliativos só será possível sem a ocorrência de conflitos de papéis e com uma comunicação primorosa.

Os conflitos no trabalho tendem a inflamar-se à medida que as pessoas evitam passivamente os problemas, ou os confrontam tão agressivamente que as situações crescem de forma excessiva ⁽⁷⁰⁾.

Para Dejours o sofrimento é um estado de luta do sujeito contra as forças que o estão empurrando em direção à doença mental. A organização do trabalho é um dos grandes seleiros de criação de forças que levam às doenças mentais do trabalho. A organização do trabalho não pode ser vista apenas como a execução de tarefas prescritas, mas sobretudo como um sistema de controle, de hierarquia e de distribuição de responsabilidades.

De acordo com Dale Carnegie, a amizade pode ter como origem um instinto de sobrevivência da espécie, com a necessidade de proteger e de ser protegido por outros seres ⁽⁷¹⁾.

Apesar dos relatos de dificuldade em lidar com os familiares e com a equipe nos discursos 3A e 3B, os enfermeiros demonstram satisfação em trabalhar com cuidados paliativos, descrevendo como fator de promoção no crescimento profissional e pessoal, conforme discursos 4A e 4B:

“Eu vejo muitos pontos positivos aqui e tenho estímulo para estudar, pois o plano de carreira é muito bom e possibilita ganhar melhor...”

Sinto-me realizado profissionalmente por trabalhar aqui... Muito bom saber que através do meu trabalho eu consigo diminuir o sofrimento de um paciente e dar suporte a família. Isso me traz muito prazer e realização profissional. Aliviar o sofrimento do outro, nem que seja através de uma conversa, de um esclarecimento.”

É indiscutível a importância que o trabalho ocupa na vida de quem o realiza. Seja pelo fato de ser um dos meios de sobrevivência, seja pelo tempo da vida a ele dedicado ou até mesmo pelo fato de ser um meio de realização profissional e pessoal. O trabalho é um dos principais instrumentos através do qual o homem dialoga com seu meio social e com a realidade.

Para Dejours, o trabalho está centralizado na vida do sujeito, postulando uma continuidade entre o funcionamento psíquico dentro e fora dele. Esta separação clássica: "dentro e fora", não tem o menor sentido. Se o trabalho permite a formação e consolidação da identidade, por outro lado ele pode também, fomentar a descompensação psíquica ⁽³⁷⁾.

Apesar da demanda física e emocional, a satisfação é possível através do reconhecimento próprio e do outro no trabalho. O reconhecimento gera motivação e sentido para a realização de uma tarefa.

Para Maslow, a motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, seja decorrente do ambiente externo ou proveniente do próprio organismo ⁽⁶³⁾.

Dejours, afirma que a responsabilidade e autonomia são elementos que geram no trabalhador, um sentimento de utilidade, propiciando redução da carga psíquica do trabalho ⁽³⁶⁾.

O reconhecimento desempenha um papel de fundamental na formação da identidade, e no trabalho não poderia ser diferente. A partir desse reconhecimento, o indivíduo pode transformar o sofrimento em prazer, beneficiando a sua saúde. Através da transformação do sofrimento em prazer o interesse na produção e a disponibilidade dos sujeitos para a cooperação do trabalho aumentam, pois a inteligência prática é mobilizada ⁽⁷²⁾.

Mendes, descreve que a gratidão e o reconhecimento estão inter-relacionados, uma vez que, a gratidão do paciente representa o reconhecimento pelo cuidado prestado. Por outro lado, o enfermeiro também espera o reconhecimento de sua supervisão e gerência, bem como o reconhecimento de toda a instituição e sociedade ⁽⁶²⁾.

A inteligência prática ocorre quando a organização do trabalho permite que o trabalhador desenvolva novas formas para a sua atividade, transgredindo o trabalho prescrito e buscando novas formas, mais eficientes, de realizar a tarefa. Ela é mobilizada também em situações imprevistas, sendo uma ação criativa, que mobiliza os recursos intelectuais e depende do conhecimento da tarefa ⁽³⁷⁾.

O mundo sociolaboral é o espaço no qual os sujeitos constroem seus projetos de vida e se inscrevem com passíveis de reconhecimento psicossocial e potencialmente, de uma vida ativa. O trabalho pode gerar sofrimento, mas também pode ser mediador primordial da emancipação e do crescimento psicossocial do trabalhador, dando um novo significado para a vida perante a sociedade. A consciência dos enfermeiros sobre a influência dos cuidados paliativos sobre suas vidas fica evidenciada no discurso 4B:

“Eu melhorei minha visão de vida e mudei meus valores... Eu comecei a dar valor a coisas que eu não dava... Eu comecei a ver minha própria família de uma forma diferente e amá-los de forma incondicional... Eu hoje vejo a vida e a morte de uma forma melhor.”

O trabalho é marcado por processos organizativos e práticos, que mobilizam ideologias, criam estratégias de preparação, geram identidades de acordo com vários grupos socioculturais e mantém relação constante na dinâmica social.

Segundo Dejours, o trabalho permite a significação da experiência do contato de si mesmo com o real, que faz emergir os limites humanos (sofrimento); contudo por outro lado, viabiliza o conhecimento e a construção de uma vida ativa na relação com o mundo (produção), com a possibilidade de existir e laborar na construção do mundo e das relações psicossociais, configurando-se numa vida com sentido e geradora da condição humana de existência através de suas três dimensões: labor (esforço físico e mental); trabalho (produção de bens

permanentes na vida mundana); e ação (possibilidade da construção da história subjetiva e social pelas trocas e laços que o trabalho em sua totalidade permite).

De acordo com Belcher, enfermeiro e paciente são envolvidos em um processo de auto-preenchimento; uma experiência de crescimento tanto para o paciente que procura ajuda quanto para o enfermeiro que provê a ajuda (68).

O aconselhamento é uma boa forma de lidar com as dificuldades da vida e do trabalho, por isso o contato com os pacientes em cuidados paliativos e com seus familiares, constitui uma grande lição de vida.

A potencialidade da ocorrência do sofrimento psíquico parte da influência da organização do trabalho e do sistema defensivo do trabalhador. Em muitos momentos é necessário buscar apoio para ultrapassar os desafios da vida profissional e pessoal, e nesse caso a família, a espiritualidade e as terapias alternativas são utilizadas. O sistema de defesa é singular e cada trabalhador possui o seu, pois a forma de enxergar a vida é pessoal.

No discurso 5A, ficou evidenciado a importância da espiritualidade e de Deus:

“Realmente, o que me acalma, o que me recompensa, o que me fortalece é Deus... A minha espiritualidade me ajuda muito. Eu acho que isso me alimenta, eu acho que esse é o meu ritual.”

A busca da espiritualidade pelos enfermeiros é explicada pelo fato da mesma dar significado à vida. Ela propicia uma perspectiva na qual o sofrimento, as doenças e a morte passam a ter sentido, o que leva a uma vida mais tolerável e saudável psicologicamente.

Marques, afirma que a espiritualidade no trabalho associa-se à consciência entre as pessoas da necessidade de ligação, respeito e reconhecimento, o que faz com que ela não se restrinja aos ambientes privados, manifestando-se, ao contrário, principalmente nos ambientes profissionais (73).

Para Dejours, cada conjunto profissional encontra sua forma de lidar com o sofrimento e a busca religiosa e/ou espiritual se descortina não como uma forma auxiliar na vida não laboral, mas como uma saída presente na própria atividade laboral. Esse tipo de enfrentamento no trabalho, por meio da religião e/ou

espiritualidade, pode gerar um repertório de novas atitudes também no campo das relações pessoais e dos comportamentos individual e social⁽⁷⁴⁾.

Pode-se falar na possibilidade de o trabalhador ter uma ferramenta a mais para enfrentar o sofrimento, seja de forma individual, seja coletiva, por meio da religião e/ou da espiritualidade. Tal perspectiva apresenta possibilidade potencial de ser adotada nas organizações, já que não se prende apenas à satisfação dos aspectos físicos, emocionais ou mentais, como o conceito de motivação, mas antes, pode proporcionar sentido à vida organizacional, individual e também social⁽⁷⁴⁾.

Moore e Casper, também classificam a espiritualidade no ambiente de trabalho em três dimensões: auto-imersão no trabalho, interconectividade e autorrealização. A auto-imersão no trabalho associa-se ao grau de apoio oferecido pela organização para que o funcionário vivencie aspectos de sua espiritualidade no ambiente laboral. A interconectividade diz respeito ao sentimento de se sentir parte de algo muito maior que si mesmo dentro da organização. A autorrealização, por fim, se relaciona à extensão em que os funcionários se sentem plenos ou realizados, ao vivenciarem experiências de crescimento mental e espiritual, por meio do trabalho⁽⁷⁵⁾.

A espiritualidade está presente no contexto organizacional. Ela continua a exercer uma função importante na sociedade contemporânea, embora em novas bases, ligadas ao processo de secularização, de hegemonia explicativa da ciência e de sua racionalidade. De qualquer forma, as relações entre religião e espiritualidade no contexto do trabalho são de extrema importância, no tocante do aumento da esperança e otimismo em relação ao presente e ao futuro⁽⁷⁴⁾.

Proporcionar relacionamentos mais próximos, ter claro o sentimento de pertencimento à organização e à comunidade, bem como o significado do trabalho, podem representar grandes contribuições para a melhoria não só da qualidade de vida do trabalhador, mas também para a organização e para a sociedade. Isto porque a ênfase não seria dada apenas à satisfação pessoal, à satisfação física, emocional e mental, mas sim, à consciência de fazer diferença, de ligar-se com o outro, de realizar uma atividade significativa para si e para o outro, seja ele organização ou sociedade envolvente.

Atitudes humanistas diante do mundo, ligadas a valores como paz interior, verdade, respeito, honestidade e com integração da empresa com a sociedade, faz o trabalhador sentir-se conectado com os colegas, com a empresa, com a sociedade e consigo mesmo.

A busca da religião/espiritualidade fica justificada pela grande maioria 88,89% dos entrevistados possuírem religião.

Outro fator determinante no enfrentamento citado pelos entrevistados foi a família. A família foi descrita como porto seguro e como fonte de reorganização e de equilíbrio, como consta no discurso 5B:

“Procuró ficar com minha família. Eles me energizam, eles me alimentam de coisas boas... Com a minha família me sinto abençoado. Fazendo dessa forma também eu tiro um tempo para eles... isso me dá energia para começar de novo.”

A família é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e portanto, possui um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, que por sua vez é um processo em constante transformação, sendo multideterminado por fatores do próprio indivíduo e por aspectos mais amplos do contexto social no qual estão inseridos ⁽⁷⁶⁾.

José Kaloustian descreve em seu livro: Família Brasileira, que a Família é a base de tudo, que a mesma propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais ⁽⁷⁷⁾.

A família é vista como um porto seguro, um local neutro e sem contato com a atividade laboral, um local de descanso e de busca coletiva de estratégias de sobrevivência.

A família, assim como o trabalho ocupa um lugar de destaque na vida do sujeito, auxiliando na construção da sua subjetividade. É através da família que absorvemos a cultura, as regras de conduta e leis, para assim então, convivermos

em sociedade; Além de servir como “porto seguro”, onde falamos sobre nossos planos, aflições e buscamos soluções para enfrentarmos os desafios do nosso dia-a-dia ⁽⁷⁸⁾.

A construção de uma trajetória no mundo do trabalho pressupõe um jogo intrincado de relações entre processos e instituições sociais que sobre determinam as possibilidades e limites psicossociais que cada sujeito terá na elaboração, planejamento, realização e gestão de seu projeto de vida no trabalho. Dentre essas relações, podem-se citar as dinâmicas familiares, os processos educativos, os grupos socioculturais de origem e os processos organizativos do trabalho. O projeto de cada um será uma resultante das relações, conflitos e contradições entre essas instituições sociais: entre si e na relação com o sujeito ⁽⁷⁹⁾.

O julgamento de outras pessoas, da família e da comunidade tem como objetivo para o sujeito, o seu reconhecimento frente às relações sociais que ele estabelece para sua vida.

A família se tornar grande vilã na vida profissional de seus membros quando não existe harmonia de convívio e reconhecimento, sendo responsável então por sabotar a criação das estratégias defensivas, contribuindo para a falta de criatividade laboral, dinamando então o sofrimento patológico.

Para Dejours, o sofrimento passa a ser criativo, quando o trabalho é reconhecido e todo o investimento pessoal demandado e que, de certa forma, está carregado de sofrimento, adquire um sentido; é criativo porque contribui com algo novo para a organização. É nesse momento que o trabalho faz a passagem do sofrimento para o prazer. Essa passagem denomina-se sublimação ⁽⁶⁴⁾.

Para Dejours, o caminho que conduz ao trabalho saudável é aquele que respeita a identidade em construção, os potenciais e os limites da condição humana, favorecendo a criatividade e o compromisso do trabalhador. Na organização torna-se indispensável a flexibilização, liberdade e uma congruência no modo de trabalhar. Porém, na impossibilidade de se intervir na organização do trabalho, a reorientação profissional é essencial, de forma que se leve em consideração as necessidades individuais e coletivas da busca constante de defesas para evitar doenças e preservar o equilíbrio psíquico ⁽⁸⁰⁾.

No discurso 5C, foi descrito a terapia como fortalecimento e busca da melhoria na qualidade de vida e trabalho:

“Eu faço terapia e foi libertador para mim, eu passei a me conhecer melhor e a conviver melhor com os outros... Acho que todo mundo deveria fazer terapia.”

A terapia individual pode contribuir para reduzir o impacto de riscos já existentes e para a prevenção de doenças, ao atuar como ferramenta de enfrentamento individual, auxiliando em programas multidisciplinares de promoção de saúde no trabalho ⁽⁸⁰⁾.

O modo como o trabalhador arma suas defesas perante as circunstâncias desfavoráveis e as conduz exerce grande influência sobre a sua saúde. Então, se a intervenção fortalecer adequadamente o comportamento de enfrentamento, os riscos de adoecimento serão amenizados ⁽⁸⁰⁾.

Para Dejours, a conduta terapêutica depende não somente de um indivíduo, mas da construção de consensos, de acordos e de desacordos entre os membros de uma equipe. A terapêutica deve consistir em organizar espaço de discussão no próprio local de trabalho. Estes espaços de discussão não seriam exatamente destinados a fazer emergirem os problemas pessoais dos profissionais, ou seja, problemas ligados ao seu sofrimento singular, sua dificuldade em manter seu próprio equilíbrio mental ou somático. Os problemas a serem abordados nestes espaços não teriam como característica a terapia individual e sim coletiva da organização do trabalho, podendo inclusive ser balizador de mudanças importantes na dinâmica do trabalho. Sendo assim, o tratamento e a transformação da organização do trabalho real, dariam sentido ao o sofrimento dos profissionais ⁽⁵⁴⁾.

A prática clínica dirigida a reabilitação de trabalhadores exige a articulação do sofrimento do indivíduo com a organização do trabalho e não apenas a busca da solução individual. A terapia pode ajudar e auxiliar, mas de nada adiantará se a organização do trabalho mantiver as características que deram origem ao sofrimento.

5.3- Influência da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos sobre o enfermeiro.

A influência do trabalho gerada sobre o enfermeiro na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos depende das características específicas do paciente, da evolução da doença, da organização do trabalho e de como o enfermeiro se relaciona com essas características.

Para Dejours, a organização do trabalho exerce sobre o sujeito uma ação que incide diretamente no aparelho psíquico. A fim de se protegerem dos impactos nocivos desta ação, os trabalhadores criam uma série de mecanismos de defesa, os quais favorecem a adequação entre organização do trabalho e estrutura mental do trabalhador⁽³⁷⁾.

A indisposição de acordar para trabalhar pode ser uma forma de defesa perante o início da jornada de trabalho como é descrito no discurso 6A:

“Sinto muita indisposição... Eu tenho dificuldade é para acordar... Acredito que essa indisposição seja por conta da minha rotina de trabalho, pois trabalho em outro hospital e minha carga horária de trabalho é terrível.”

A dupla jornada de trabalho fica descrita também no discurso 6A, o que me leva a crer que em decorrência dela surge a indisposição. O cansaço e a indisposição são respostas do corpo indicando sofrimento, são sintomas físicos⁽⁸¹⁾.

Dejours afirma que muitas vezes o desânimo, o desencorajamento e o desengajamento são defesas utilizadas devido ao fracasso de certas situações de negociação da organização real do trabalho, impedindo o sujeito de transformar, elaborar suas vivências e assim ter condições de propor e conduzir ações adequadas, com vistas a transformar a organização do trabalho⁽³⁷⁾.

Segundo Freudenberger, a Síndrome de Burnout é uma consequência de estresse diário, caracterizada pela tensão emocional e psicológica provocados por condições de trabalho desgastantes. Em geral esta síndrome atinge o profissional cuja ocupação exige envolvimento interpessoal intenso e direto⁽⁸²⁾.

Quando se perde a capacidade de se adaptar às condições, surge o desequilíbrio, que constitui um estado patológico. A resistência psíquica não se mantém constante toda a vida, pode variar de dia para dia; a dupla jornada de trabalho se desvenda apresentando um estado de esgotamento.

Segunda Dejours, fatores biológicos, psíquicos e sociais, que estão no dia-a-dia do trabalhador, podem ser desencadeantes de distúrbios importantes do sono. Os distúrbios do sono advindos da influência em diferentes esferas do trabalho é um exemplo de sofrimento psíquico ⁽⁸³⁾.

Alguns pacientes apresentam lesões tumorais extremamente desfigurantes, fazendo com que o paciente se sinta inferiorizado devido a sua aparência. Esse sentimento de diminuição pode aumentar se ainda estiver associado a odor fétido, em decorrência de necrose dos tecidos.

Realizar um curativo desse pode ser extremamente difícil, pois você se confronta com a tristeza do paciente e com uma atitude de empatia.

As mulheres com câncer de mama, além de passarem pelo processo de retirada de mama apresentam na maioria das vezes lesões extensas e com sangramento.

Realizar um curativo dessa natureza gera preocupação, tanto pelo risco de sangramento e dificuldade de hemostasia, quanto pela história demandada do surgimento daquela lesão e forma de enfrentamento do paciente, como fica descrito no discurso 6B:

“Eu gosto muito de trabalhar aqui, mas antes de vir eu fico preocupado com os curativos degradantes...Ficamos expostos à raiva de alguns cuidadores e pacientes. Já vi muitos colegas serem ofendidos durante o plantão.”

Outro ponto citado novamente no discurso 6B é o convívio com o familiar. A aproximação com a morte pode gerar enumeradas reações, podendo estas serem de natureza agressiva. A incerteza do que pode surgir com uma notícia do óbito pode ser terrível durante o plantão e a reação do enfermeiro dependerá do seu estado psíquico naquele dia. Esse estado é modificado diariamente e depende da situação vivida.

Apesar da utilização de um sistema de defesa que é a não projeção, percebemos um sentimento de satisfação no discurso 6C:

“Antes de vir, eu procuro não projetar o plantão, eu deixo acontecer...Eu gosto de trabalhar aqui e lutei muito por esse concurso.”

As estratégias defensivas são mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade que faz sofrer. Tais defesas dependem de condições externas e se sustentam no consenso de um grupo específico de trabalhadores. As estratégias defensivas variam de acordo com a organização do trabalho e com o estado psíquico momentâneo do trabalhador.

As emoções e os sentimentos suscitados durante a assistência de enfermagem em cuidados paliativos são diversos, no entanto a forma de geri-los será através de suas técnicas de defesa e sublimação.

O medo do abandono e da morte é uma emoção que causa sofrimento psíquico no paciente, demandando atenção especial do enfermeiro. Acompanhar e permanecer ao lado desse paciente pode gerar influência e sofrimento psíquico no enfermeiro. Esta influência dependerá da forma de enfrentamento, dos sistemas de defesa e da maturidade profissional do enfermeiro. Não conseguir realizar uma tarefa hoje não significa que amanhã também não conseguirá.

O sofrimento pode levar tanto à paralisação, inviabilizando qualquer atitude no sentido de questionamento da organização do trabalho, quanto à mobilização para a transformação das condições laborais. Ele assume um papel fundamental que articula ao mesmo tempo a saúde e a patologia. Quando a organização do trabalho oferece liberdade suficiente para tal, ele pode resultar em realização e prazer, nos casos em que serve como fator de motivação para o trabalhador na busca de novas soluções e estratégias para a realização de suas atividades ⁽³⁷⁾.

A mobilização emocional é necessária para reorganizar as tarefas e manter a assistência, como mostra o discurso 7A:

“Já fiquei muito abalado. O paciente estava com dispnéia e aí ele virou para mim e falou: por favor, não me deixa morrer... Sempre

que me deparo com uma situação triste eu saio e choro, mas não é nada que impossibilite a execução do meu trabalho ou que me faça triste permanente... o desespero de uma mãe ou um pai perdendo seu filho. Isso me abala muito, pois acho que poderia ser comigo. Acho que chorei porque não consegui fazer o que eu tinha que fazer, foi uma sensação de impotência absoluta... Eu sentei e chorei junto com a família. Eu consegui desenvolver o meu trabalho, mas chorando. Eu conversava com o familiar falando da morte, mas completamente sensibilizado e chorando junto com ela. Na verdade eu chorei e não tive vergonha. Mas foi difícil, porque aquilo me sensibilizou demais, não a ponto de não conseguir desenvolver o meu trabalho. Eu consegui fazer as orientações que eu deveria fazer, mas foi chorando junto com a filha da paciente.”

As emoções são respostas químicas e neuronais que formam um padrão; dizem respeito à vida de um organismo usando o corpo como “teatro” cuja finalidade é manter a vida. As emoções são o fundamento da personalidade do ser humano e o que este tem de mais íntimo; são uma verdadeira entidade capaz de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais. Podem-se considerar como forças motivacionais que influenciam os processos de percepção, pensamento e ação ⁽⁸⁴⁾.

Para que haja uma boa assistência de enfermagem, o enfermeiro precisa vivenciar um sentimento de adequação e bem-estar, influenciado pelos seus valores e pelos daqueles com quem interage. O enfermeiro deve conhecer suas emoções, permanecendo consciente delas para usá-las na condução do seu comportamento. Conhecer suas emoções e saber lidar com boa parte delas reduz o sofrimento.

A sensação de impotência mencionada no discurso 7A pode emergir de diversas situações como: não conseguir aliviar o sofrimento do paciente, proporcionar uma morte serena por falta de tempo, corresponder à necessidade de apoio que o paciente necessita e proporcionar a aceitação da inevitabilidade da morte.

O sofrimento na vida profissional das pessoas é algo que acontece todos os dias. A sua experiência é um fenômeno individual, sendo a sua intensidade, duração e profundidade variável de indivíduo para indivíduo ⁽⁸⁵⁾.

O convívio com a dor é constante e em algumas situações a morte pode tomar um significado de cessação do sofrimento, como mostra o discurso 7B:

“Em alguns momentos eu vejo a morte como a interrupção do sofrimento e não o início do sofrimento, já que ele sofreu muito até aquele momento... Alguns pacientes pedem para Deus interromper logo com aquele sofrimento. O paciente fica tão consumido, que às vezes eu acabo entendendo que a morte é necessária, até mesmo para um descanso de tanto sofrimento. Nunca sofri um impacto aqui a ponto de me bloquear no trabalho.”

Acompanhar o paciente durante o processo de finitude exige do enfermeiro o reconhecimento dos seus limites humanos e uma aceitação perante o inelutável, o inevitável que é a morte.

O sentimento é uma característica essencial do cuidar, e a percepção das suas implicações nos cuidados revela a reflexão sobre o agir e a análise das situações.

A atividade laboral se configura como uma instância privilegiada para elaboração do sofrimento, sendo que o sujeito, a cada enigma do trabalho que resolve, se fortalece psiquicamente, diminuindo a zona de fragilidade. A complexa relação entre o mundo psíquico e o mundo do trabalho é chamada de ressonância simbólica. A conquista da identidade na dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho diz essencialmente respeito à realização pessoal no campo das relações sociais. Neste sentido, não há articulação direta entre sujeito do inconsciente e campo social: esta relação é sempre mediada pelo referencial de uma ação sobre o real que mobiliza a atividade do trabalho ⁽³⁷⁾.

Através do trabalho e das realizações do trabalho geramos nossa identidade e nos constituímos como ser social.

A influência do trabalho sobre o trabalhador dependerá das suas realizações e reconhecimento no trabalho. No discurso 8A e 8B podemos observar que a influência do trabalho é verídica, porém com sentidos diferentes.

No discurso 8A o trabalho exerce influência positiva sobre o enfermeiro, dando representatividade positiva do mesmo com a sociedade:

“A influência sem dúvida nenhuma é de forma positiva, e hoje dou valor a coisas que antes eu não dava... É um aprendizado constante, e digo que me tornei melhor como pessoa e que evolui espiritualmente, e hoje eu não enxergo a morte com uma coisa ruim... Trabalhar em cuidados paliativos oncológicos me mostra o quanto sou abençoado.”

O contato com a morte e o morrer não é considerado como uma condição ruim. Apesar das emoções negativas liberadas durante esse momento de finitude, os enfermeiros descrevem uma excelente melhora pessoal, pois constatam que seus próprios problemas são mínimos perante a morte, além da satisfação gerada ao perceberem que atingiram seu objetivo ajudando o paciente e seu familiar nos moldes dos cuidados paliativos. A satisfação do trabalho faz com que as emoções de tristeza sejam sublimadas em alegria.

No discurso 8B é evidenciada a influência negativa do trabalho:

“Eu recebo influências negativas. Durante o plantão diurno isso aqui é muito estressante, prefiro trabalhar a noite ou no final de semana. Muita gente mandando e sem fazer o seu verdadeiro papel... As vezes fico um pouco estressado, triste e acabo levando para casa... Não quero sair, não quero fazer nada, apenas dormir. Eu penso em acabar logo aquele dia para esquecer o que passou.”

Ao analisarmos o discurso 8B, podemos constatar que a influência negativa do trabalho recai sobre a organização do trabalho. Uma equipe com sobreposições de tarefas e hierarquia indefinida demanda influência na saúde mental do enfermeiro gerando sofrimento psíquico.

O enfermeiro ao anunciar que prefere trabalhar nos finais de semana ou durante o plantão noturno para não conviver com a equipe, apresenta sinais de isolamento e sofrimento, pois o mesmo prefere abrir mão do seu descanso nos finais de semana com sua família, para não conviver com a equipe. Outro sinal de sofrimento é revelado quando a palavra sono é anunciada, pois o sistema de defesa desse enfermeiro esta gerando isolamento. Com esse sofrimento e isolamento através do sono e da ausência dos finais de semana em casa toda a família sofre.

6.0- Conclusão

Através deste estudo foi possível conhecer as experiências vividas, e identificar os aspectos contribuintes para a ocorrência de sofrimento psíquico dos enfermeiros, advindos da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos no Instituto Nacional do Câncer – INCA.

Durante a pesquisa, ficou evidente a influência do trabalho sobre o comportamento dos enfermeiros, sendo esta em alguns momentos fonte de prazer e em outros, fonte de sofrimento. A morte foi o evento de menor impacto sobre o sofrimento psíquico, sendo descrito como um evento natural e capaz de gerar alívio e satisfação profissional, principalmente quando percebido que os objetivos da assistência foram atingidos em sua plenitude. Muitas das emoções e sentimentos experimentados pelos enfermeiros participantes estão diretamente relacionadas com sua individualidade enquanto ser humano; e com a vivência profissional.

Apesar da satisfação profissional, alguns dos enfermeiros desta unidade revelaram insatisfação com a pouca valorização que a própria instituição lhes confere, mas encontram alento nas reações positivas dos doentes e dos seus familiares.

Verificamos que os conflitos na equipe multidisciplinar, conflitos organizacionais e desgaste físico foram as categorias de maior impacto sobre o sofrimento psíquico. A equipe constitui um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos, portanto a sua ausência gera danos não só ao paciente, mas também ao enfermeiro.

Em relação aos conflitos com a organização do trabalho que influenciam sobre o sofrimento psíquico destacam-se: desvalorização dos profissionais, sobrecarga de trabalho e inexistência de liderança. A desvalorização do trabalho do enfermeiro por parte da instituição pode conduzir à desmotivação e ao sofrimento psíquico.

Os desafios são muitos, porém já citados anteriormente na história das lutas trabalhistas e após o movimento Taylorista. A luta do trabalhador, por melhores condições de trabalho, melhor remuneração salarial e por redução da

jornada de trabalho já é considerada anciã na história da humanidade, porém muito atual.

A insuficiência na elaboração de defesas e na adaptação dos enfermeiros no enfrentamento dos problemas advindos do seu trabalho pode ser geradora de grande impacto na manutenção da sua saúde mental, com conseqüente sofrimento psíquico.

Frente às características descritas pelos enfermeiros na voz do DSC, se faz necessário desenvolver uma prática de intervenção, a fim de contribuir para a redução dos impactos negativos advindos do trabalho, amparando-os na busca da sua identidade profissional, levando em consideração: a coletividade da organização do trabalho, a comunicação interpessoal e o seu gerenciamento sobre o prazer e sofrimento, através dos sistemas de defesa.

Assim, perante esta dissertação faz-se necessário elaborar uma tecnologia (APÊNDICE 4 - World Café), objetivando minimizar o sofrimento psíquico dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

8.0- REFERÊNCIAS

1. De Paula GS, Reis JF, Dias LdC, Dutra VFD, Braga ALdS, Cortez EA. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. 2010 Dec.
2. Barcaui A, Limongi-França AC. Estresse, enfrentamento e qualidade de vida: um estudo sobre gerentes brasileiros. Administração Contemporânea. 2014.
3. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan Journal of Medicine. 2014.
4. Ferreira CAA, Reis Neto MT, Kilimnik ZM, Santos ASd. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. Revista de Gestão em Sistema de Saúde. 2017 Jul.
5. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-am Enfermagem. .
6. Enfermagem CFd. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN 240/2000 - Dos Princípios Fundamentais.

7. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. 2013 Jun.
8. Akerman M, Fisher A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 - Promoção da saúde. 2013 Mar.
9. Ottawa. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. [Online]. [cited 2017]. Available from:
10. Ministério da Saúde. Inca. [Online]. [cited 2017]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf.
11. Souza MTd, Silva MDd, Carvalho Rd. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010 Jan/Mar.
12. Kappaun NRC, Gomes CM. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. 2013 Maio.
13. Silveira ALP, Colleta TCD, Ono HRB, Woitas LR, Soares SH, Andrade VLÂ, et al. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. 2016 maio.
14. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. 2013.
15. Santos NAR, Santos J, Silva VR, Passos JP. Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. Cogitare Enfermagem. 2016 Outubro.
16. Salimena AMO, Teixeira SdR, Amorim TV, Paiva AdCPC, Melo MCSC. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. Cogitare Enfermagem. 2013 janeiro.
17. Peters L, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S. Is Work in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. International Journal of Palliative Nursing. 2012.
18. Silva MMdS, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia:

- percepção de enfermeiros. Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015 jul-set: p. 460-466.
19. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: cuidados humanizados. 2016 Diciembre.
 20. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Enfermería: cuidados humanizados 2016. 2016 diciembre: p. 2393-6606.
 21. Teraka A, Matsushima E. Work stress among nurses engaged in palliative care on general wards. *Psycho-oncology*. 2014 June.
 22. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento. 2009.
 23. Saúde Md. Ministério da Saúde. [Online]. [cited 2016 MAIO 04. Available from: http://www.sep.org.pt/files/uploads/2017/07/sep_Regulamento-do-Exerci%CC%81cio-Profissional-dos-Enfermeiros2.pdf.
 24. Chiavegatto CV, Algranti E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. *Revista brasileira saúde ocupacional*. 2013.
 25. Squassante ND, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes Relação equipe de enfermagem e acompanhantes. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009.
 26. Saúde Md. INCA. [Online].; 2017. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.
 27. Academia Nacional de Cuidados paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 2012. Ampliado e Atualizado.
 28. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro. 2014.
 29. Bertachini L, Pessini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O MUNDO DA SAÚDE*. São Paulo. 2005 out./dez; 29.
 30. Borges ADVS, Silva EFd, Toniollo PB, Maze SM, Valle ERMd, Santos MAd. PERCEPÇÃO DA MORTE PELO PACIENTE ONCOLÓGICO AO. *Psicologia*

em Estudo. 2006 Outubro; 11(2).

31. Freud A. O ego e os mecanismos de defesa: Artmed; 2006.
32. Campos JF, David HMSL, Souza NVDdO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014 janeiro.
33. Jacques MG, Codo W. Saúde mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes; 2002.
34. Batista AAV, Vieira MJ, Santos NC, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2010.
35. Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Souza LD. REAÇÕES E SENTIMENTOS DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM FRENTE À MORTE DOS PACIENTES SOB SEUS CUIDADOS. Rev. Gaúcha Enfermagem. 2011.
36. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento. São Paulo; 1994.
37. Carrasqueira FA, Barbarini N. Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR, Curitiba. 2010.
38. Dejours C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? Revista Cult. 2010 outubro.
39. Rodrigues PF, Alvaro ALT, Rondina R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. 2006 Novembro; 07.
40. Saúde Md. Caderno de Atenção Básica nº 5 - Saúde do trabalhador. 2002..
41. Saúde Md. Caderno HumanizaSUS - Volume 01. 2010..
42. Saúde Md. Políticas Públicas de Saúde. 2012..
43. Saúde Md. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Portaria GM/MS nº 1.823. 2011..
44. Lima DVM. DESENHOS DE PESQUISA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA AUTORES. Online Brazilian Journal of Nursing. 2011 maio: p. p1-14.

45. Polit D, Beck C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7th ed.: Artmed; 2011.
46. Minayo M(). Pesquisa Social, teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012.
47. MS MdS. Relatório de Gestão 2016. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer - INCA; 2016.
48. Polit DF, Beck CT. Fundamento de Pesquisa em Enfermagem. 7th ed.: Artmed; 2011.
49. Saúde Md. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
50. Bardin L. Análise de conteúdo. Revista Ampliada - Lisboa. 2011;(70).
51. F L, Lefèvre CAM. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa São Paulo: EDUCS; 2003.
52. Ribeiro LM, Maria LL. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011 março; 2(64).
53. Informatica T. Tolteca. [Online].; 2010 [cited 2017 06 28. Available from: <http://www.tolteca.com.br>.
54. Dejours C. A loucura do trabalho. 5th ed. São Paulo: Cortez; 2009.
55. Jacques MdG. Saúde mental & trabalho Petrópolis: Vozes; 2002.
56. Leão LHdC. Psicologia do trabalho: aspecto históricos, abordagens e desafios atuais. Ecos..
57. Santos MAd, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da ultima década. 2013 maio.
58. Brito S, Ramos R, Santos ÉI, Veloso OdS, Silva AdS, Mariz RGdA. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. Revista Cuidarte. 2015.
59. Carrasqueira FA, Barbarini N. Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. 2010 novembro.

60. Damásio A. O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurologia da consciência.. 15th ed. Europa-América P, editor.: Europa-América; 2000.
61. Monteiro CS, Todaro AP. Sofrimento no trabalho: nem tudo parece ser.. 2014..
62. MENDES AM, MERLO ÁRC, MORRONE CF, FACAS EP. Psicodinâmica e Clínica do Trabalho - Temas, interfaces e casos brasileiros: Juruá; 2010.
63. Maslow A. Motivation and Personality. 1st ed. Maslow A, editor.: Harper; 1954.
64. Macêdo KB, Bueno M. A sublimação: a lente da psicanálise e da psicodinâmica do trabalho. 2013..
65. Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. 9th ed. Brasil; 2008.
66. Adler N, Mathews K. Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well..
67. Riley JB. Gerir com assertividade e responsabilidade os conflitos da equipa. 2004..
68. Bleger J. Psico-higiene e Psicologia Institucional. 3rd ed.: Artes Médicas; 1992.
69. Kron T, Gray A. A administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ações as habilidades da liderança. 6th ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1994.
70. Bradberry T, Greaves J. Guia prático de inteligência emocional. 2008. Bertrand Editora, Lisbo.
71. Carnegie D. Como fazer amigos e influenciar pessoas. 52nd ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 2012.
72. CAVALCANTE RC. O homem em busca do sentido da vida. 2006. Revista Psicologia Brasil.
73. Marques JF. The spiritual worker: An examination of the ripple effect that enhances quality of life in- and outside the work environment. Journal of Management Development. 2006.
74. Silva R. Espiritualidade e Religião no Trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional. 2008. Psicologia Ciência e Profissão - Universidade

de Lisboa.

75. Moore TW, Casper WJ. An Examination of Proxy Measures of Workplace Spirituality: A Profile Model of Multidimensional Constructs. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2006.
76. Faco VMG, Melchior LE. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. 2008. Editora Unesp.
77. Kaloustian SM. Família Brasileira: a Base de Tudo: Cortez; 2002.
78. Junqueira GP, Gera MZF. Família e trabalho: um estudo com micro-empresários da cidade de Franca-SP. 2010..
79. Ribeiro MA. A Influência Psicossocial da Família e da Escola no Projeto de Vida no Trabalho dos Jovens. 2010. Pesquisas e Práticas Psicossociais.
80. MARTIN ACA, Oliveira G. Trabalho: Fonte de Prazer e Sofrimento e as Práticas Orientais. 2011..
81. Martins ERC, Zeitoun RCG. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas trabalhadores de enfermagem. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO COMO FATOR DESENCADEADOR DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGE.
82. Freudenberg HJ. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*. 2002.
83. Valle LH. Estresse e distúrbios do sono. 2011..
84. Izard CESDLRL. Emotions and mental health. *Eyclopedia of mental health*, Vol. 2.
85. Diogo P. Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro.. 2006. Formasau, Coimbra.
86. Lopes M. Pesquisa em comunicação. São Paulo 2003.

9.0- Apêndices

9.1- Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre o estudo do sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Compreender as características do sofrimento psíquico dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos, como subsídio para a elaboração de uma tecnologia que ajude a reduzir esse sofrimento.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A Coleta de dados se dará através de uma entrevista semi-estruturada e observação de campo. A entrevista semi-estruturada, contará com a utilização de dois instrumentos que consistirão em um questionário sociodemográfico e um roteiro de perguntas abertas, com o objetivo que visa descobrir a influência da assistência de enfermagem em cuidados paliativos sobre os enfermeiros que prestam essa assistência.

As entrevistas serão registradas com o auxílio de um gravador MP3, após a autorização prévia dos sujeitos. Os dados coletados serão analisados com o DSCsoft[®] (software desenvolvido com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo).

BENEFÍCIOS

Como benefício direto a pesquisa proporcionará suporte a saúde e melhoria na qualidade de vida dos enfermeiros no sentido que os mesmos terão escuta sensível reduzindo seu sofrimento psíquico. Como benefício indireto o estudo favorecerá melhoria na qualidade de vida do enfermeiro e por conseqüência, melhorando a assistência prestada ao paciente.

RISCOS

Essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos relacionados a reações emocionais. Para prevenir ou minimizar desconfortos emocionais, o pesquisador concederá acolhimento e escuta sensível e os participantes terão liberdade de encerrar a entrevista a qualquer momento. Devido ao contexto emocional o participante da pesquisa poderá ser encaminhado ao Serviço de Psicologia ou ao serviço de emergência médica da unidade.

CUSTOS

Você não será remunerado por sua participação nessa pesquisa. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações e seus dados pessoais serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação nessa pesquisa não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o(a) **Alex Sandro de Azeredo Siqueira** no telefone **(22) 999865924** de 7 às 18hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre

seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550, 3207-4556 e e-mail: cep@inca.gov.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, na Rua Marquês de Paraná, 303 4° andar – Niteroi, no telefone (21) 26299189 ou e.mail: etica@vm.uff.br .

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

| | |
|---|-------------|
| _____ | ___/___/___ |
| Nome e Assinatura do participante | Data |
| _____ | ___/___/___ |
| Nome e Assinatura do Responsável (quando pertinente) | Data |

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

__/__/__
Data

9.2- Apêndice 2: Questionário de dados sociodemográficos

DATA: ___/___/___

HORA: ___:___

| |
|--|
| Sexo |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Idade |
| <input type="checkbox"/> 26 a 30 anos <input type="checkbox"/> 31 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 40 anos <input type="checkbox"/> 41 a 45 anos |
| Etnia |
| <input type="checkbox"/> Branco (a) <input type="checkbox"/> Pardo (a) <input type="checkbox"/> Negro (a) <input type="checkbox"/> Indígena |
| Possui Religião |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ |
| Espécie de domicílio ocupado |
| <input type="checkbox"/> Particular permanente <input type="checkbox"/> Particular improvisado (aluguel) |
| Situação Conjugal |
| <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) / divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) |
| Filhos |
| <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 filho <input type="checkbox"/> 2 filhos <input type="checkbox"/> Mais de 3 filhos |
| Maior formação profissional |
| <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Residência |
| Tempo de trabalho em cuidados paliativos no INCA? |
| <input type="checkbox"/> Até 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 10 anos |
| Horário laboral |
| <input type="checkbox"/> Diarista <input type="checkbox"/> Plantão diurno <input type="checkbox"/> Plantão noturno |
| Possui outro vínculo empregatício |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Valor da renda mensal |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.068,01 até R\$ 6.102,00) <input type="checkbox"/> De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.102,01 até R\$ 8.136,00) <input type="checkbox"/> Acima de 12 salários mínimos |

9.3- Apêndice 3: Roteiro de entrevista

Roteiro de entrevista.

| |
|---|
| 1 - O que você sabe sobre sofrimento psíquico? |
| |
| 2 - Você acha seu trabalho em cuidados paliativos oncológicos penoso? |
| |
| 3 - Qual é a maior dificuldade na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos? |
| |
| 4 - Quais são os pontos positivos em trabalhar com cuidados paliativos oncológicos? |
| |
| 5 - O que te fortalece para continuar trabalhando em cuidados paliativos oncológicos? |
| |
| 6 - Como você se sente antes de iniciar o seu plantão? |
| |
| 7 - Alguma situação durante o plantão já influenciou na sua assistência de enfermagem? |
| |
| 8 - De que maneira o trabalho em cuidados paliativos oncológicos influenciam na sua vida pessoal? |

9.4 - Apêndice 4

Produto da dissertação: WORLD CAFÉ.

Este produto é uma contribuição da minha dissertação do Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial (MPEA) intitulada **Sufrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos.**

Produto: WORLD CAFÉ.

1 – Introdução

Este produto é uma contribuição do MPEA para os enfermeiros da internação hospitalar do Instituto Nacional de Câncer – INCA / Unidade IV.

O trabalho ocupa lugar de destaque na vida do homem contemporâneo não apenas gerando bens e meios de subsistência, mas também sendo via de aquisição e criação da sua identidade pessoal perante a sociedade. No entanto a atividade laboral pode influenciar sobre o ser social, tanto de forma positiva como de forma negativa. Essa influência dependerá do sistema de defesa do trabalhador e da organização do trabalho, podendo gerar prazer ou sofrimento psíquico⁽¹⁾.

Com o profissional enfermeiro não seria diferente, principalmente no que se refere aos cuidados paliativos, aonde o contato com a dor e a morte se fazem presente.

A saúde do trabalhador, diante da complexidade e fragmentação das organizações do trabalho, deve ser estudada sob uma ótica interdisciplinar, permitindo compreender o trabalho como um espaço de organização da vida social, em que os profissionais são sujeitos que pensam e agem sobre o trabalho, ainda que as relações capitais dificultem tais ações. Para isso, a Psicodinâmica do Trabalho torna-se uma abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador⁽²⁾.

A clínica psicodinâmica do trabalho tem entre seus princípios fundamentais a promoção do espaço público de discussão do coletivo de trabalho. Mediante o processo de elaboração e per-elaboração do sofrimento no trabalho e das

defesas para confrontá-lo busca-se o resgate do sentir, do pensar, do julgar e do agir em liberdade, construindo novos sentidos ao vivido, ressignificando-o. Ressaltando que frente às diferentes realidades que se apresentam para atividade clínica no contexto trabalho, revelam-se diferentes práticas, cujo grande desafio é construir dispositivos técnicos, éticos e políticos específicos sem distanciar-se dos princípios e do propósito de analisar (pesquisa ação) a dinâmica entre a organização do trabalho, o sofrimento e a saúde mental⁽³⁾.

1.1 - Metas

Gerar um produto com relevância social, acadêmica e profissional como requisito para conclusão do Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial. Através do WORLD CAFÉ, poderemos verificar a relação prazer e sofrimento no trabalho e repensar as habilidades de autocuidado, formação e organização do trabalho.



O World Café é uma tecnologia social de livre acesso para envolver pessoas em conversas importantes, criando uma rede viva de diálogos colaborativos, acessando e aproveitando a inteligência coletiva para responder questões de grande relevância para as organizações e comunidades. Com base no entendimento de que a conversa é o processo central que impulsiona a vida

pessoal, empresarial e organizacional, o World Café é mais do que um método, um processo ou técnica, é uma maneira de pensar e ser gerado em conjunto com uma filosofia de liderança conversacional ⁽⁴⁾.

1.2 - Objetivos do produto

- Explorar questões importantes relacionadas ao sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos;
- Estimular a contribuição de todos os enfermeiros respeitando seus diferentes estilos e vontades;
- Compartilhar as descobertas e propor ações e contribuições para a melhoria na qualidade de vida pessoal, profissional e organizacional.

2 - Justificativa

A saúde do trabalhador, diante da complexidade e fragmentação das organizações do trabalho, deve ser estudada sob uma ótica interdisciplinar, permitindo compreender o trabalho como um espaço de organização da vida social, em que os profissionais são sujeitos que pensam e agem sobre o trabalho, ainda que as relações capitais dificultem tais ações. Para isso, a Psicodinâmica do Trabalho através de Christophe Dejours torna-se uma abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador⁽⁵⁾.

O enfermeiro deve inteirar-se das vivências não só do paciente, mas também do familiar, e compreender os problemas enfrentados por ele, de modo que possa elaborar intervenções num contexto sistêmico, valorizando todas as instâncias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas.

3 - Proposta do produto

Este produto é uma proposta com mobilização subjetiva no qual, o espaço público de fala significa a construção de um espaço de fala e escuta em que

podem ser expressas opiniões contraditórias e/ou baseadas nas crenças, valores e posicionamento ideológico dos trabalhadores.

4 - Metodologia

Segundo Juanita Brown, o World Café como um método é uma forma de aprimorar nossa capacidade de estabelecer diálogos verdadeiros ou conversas significativas; e como metáfora é uma maneira de ver a conversa como o processo principal, como o nosso modo humano de fazer as coisas⁽⁴⁾.

Com relação ao método World Café⁽⁴⁾, Juanita Brown reconhece padrões nas conversas significativas que constituem os seguintes princípios:

- Estabeleça o contexto;
- Crie um espaço acolhedor;
- Explore questões significativas;
- Estimule a contribuição de todos;
- Conecte diferentes pontos de vista;
- Escutem juntos para descobrir percepções;
- Compartilhe descobertas.

5 - Recursos para o grupo

- Mesas redondas são ideais, mas mesas quadradas também funcionam.
- Cadeiras em número suficiente para todos os participantes e apresentadores.
- Toalhas de mesa coloridas.
- Papel de flipchart ou descansos de prato de papel para cobrir as mesas do Café.
- Marcadores ou canetas hidrográficas. Use cores escuras, tais como o verde, preto, azul e roxo. Adicione uma ou duas cores claras à caneca (vermelho, verde claro, azul claro ou laranja) para adicionar ênfase.
- Um vaso com flores cortadas, uma caneca ou copo de vinho por mesa para os marcadores.

- Uma mesa de canto para as bebidas e salgadinhos.
- Louca branca, ou quadro de giz ou papel de flipchart para tornar o conhecimento coletivo visível.
- Retro-projetor e tela.
- Aparelho de som para as fitas e/ou CDs.
- Uma seleção de música ambiente.
- Suprimentos básicos, inclusive grampeador, cliques de papel, elásticos de papel, canetas marcadoras, fita crepe, canetas, tachinhas e lápis.
- Fichas coloridas (para anotações pessoais).

6 - Horários

Encontros trimestrais regularmente, com duração aproximada de 2 horas, tendo em vista o caráter flexível desta oficina, na medida que as discussões aconteciam, em função do seu próprio ritmo e necessidades.

7 - Atividades

- Criar a identidade do grupo através da construção de um personagem coletivo;
- Propiciar a reflexão sobre as próprias vidas, o trabalho e suas repercussões;
- Discutir a organização do trabalho, analisando as atividades realizadas, levantando formas e alternativas para novas ações;
- Propiciar a reflexão do grupo sobre as relações de trabalho, processo de comunicação, a realidade, o contexto em que está inserida a empresa, possibilitando a alternativa de mudança;
- Desenvolver a capacidade de consciência e ação do grupo na mudança de sua organização no trabalho.

8 - Referências

1 - Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Revista Latino-am Enfermagem.

2 - Barcaui A, Limongi-França AC. Estresse, enfermtamento e qualidade de vida:um estudo sobre gerentes brasileiros. Administração Contemporânea. 2014.

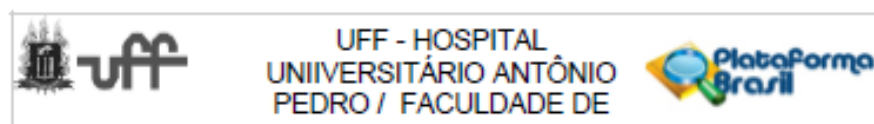
3 - Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan Journal of Medicine. 2014.

4 - Brown, Juanita. The World Café Catalyzing Collaborative Learning and Collective intelligence, 2001. California, 2001.

5- De Paula GS, Reis JF, Dias LDC, Dutra VFD, Braga ALdS, Cortez EA. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. 2010 Dec.

10.0- Anexos

10.1- Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Pesquisador: ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65890117.6.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

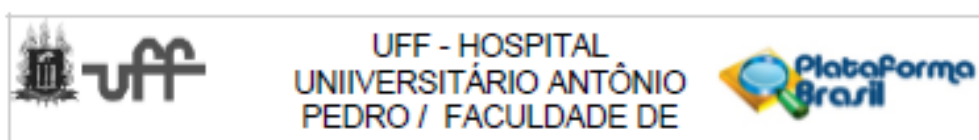
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.013.996

Apresentação do Projeto:

A contextualização do problema passa pela execução dos protocolos operacionais e por manuais de procedimentos dos cuidados paliativos executados pelos enfermeiros. Cuidar de um paciente com câncer em cuidado paliativo e poder atender a todas as suas necessidades não é uma atividade fácil. Esse tipo de assistência realizada pelo enfermeiro demanda atitude pessoal e vocacional, equilíbrio e maturidade para suportar as diversas vicissitudes inerentes a este paciente. O convívio com o familiar ou cuidador oferece influência sobre a forma como o enfermeiro vai gerir os problemas e dificuldades, para que não ocorram estresse, cansaço e uma assistência ruim. Devido ao grande nível de estresse o enfermeiro necessita de apoio profissional para criar estratégias de enfrentamento contra o sofrimento psíquico. Quando o enfermeiro não tem esse apoio, ele mesmo cria a sua forma de compensação ou estratégia de enfrentamento, porém, essa pode não ser ideal ou eficaz. Se o enfermeiro não tem um apoio ou suporte, e cria estratégia de enfrentamento errada, ele potencializa o sofrimento, e causa o adoecimento. **Objetivo geral:** Compreender as experiências e necessidades psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos como subsídio para implementação de grupo de apoio. **Objetivos específicos:** Identificar aspectos que possam contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico; Conhecer as experiências

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.090-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-0180 Fax: (21)2629-0189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Projeto: 2.013.996

vivenciadas pelos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos; Promover subsídio para implementação um grupo de apoio com o objetivo de minimizar o sofrimento dos enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos oncológicos. Método: A pesquisa é exploratória -descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados para o alcance do objetivo proposto, contará com a utilização de duas técnicas, a entrevista semiestruturada e a observação de campo. O estudo será realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA), mais precisamente no setor de Internação hospitalar da Unidade destinada a pacientes em cuidados paliativos oncológicos (HCIV), situado na Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel/RJ. O universo do estudo será composto pelos 23 enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos no setor de Internação hospitalar (3º, 4º, 5º e 6º andar) do HCIV. As entrevistas serão registradas com o auxílio de um gravador MP3, após a autorização prévia dos sujeitos. Os dados coletados serão analisados com o QualiQuantiSoft (software desenvolvido com base na teoria do Discurso do Sujeito). Resultados: Após o análise e resultado da pesquisa, será definido um perfil dos enfermeiros diante do sofrimento psíquico, que presta assistência em cuidado paliativo na Internação do HCIV (INCA), a partir daí teremos subsídios será desenvolvido uma tecnologia de suporte para reduzir o sofrimento psíquico, objetivando a melhoria na qualidade de vida desses profissionais e consequentemente a qualidade da sua assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as experiências e necessidades psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos como subsídio para implementação de grupo de apoio.

Objetivo Secundário:

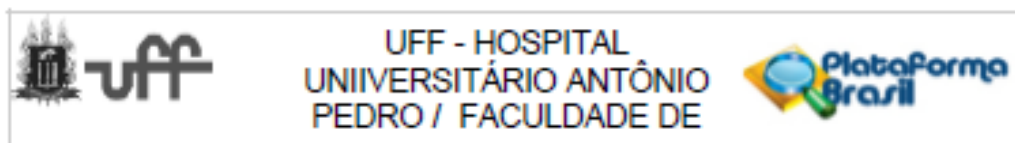
Identificar aspectos que possam contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico; Conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos; Promover subsídio para implementação de um grupo de apoio com o objetivo de minimizar o sofrimento dos enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos oncológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos relacionados a reações emocionais. Para prevenir

| | | | |
|---|--------------------|--|--|
| Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar | | | |
| Bairro: Centro | | CEP: 24.090-210 | |
| UF: RJ | Município: NITERÓI | | |
| Telefone: (21)2629-0180 | Fax: (21)2629-0180 | E-mail: etica@vm.uff.br | |



Continuação do Parecer: 2.013.990

ou minimizar desconfortos emocionais, o pesquisador concederá acolhimento e escuta sensível e os participantes terão liberdade de encerrar a entrevista a qualquer momento. Devido ao contexto emocional o participante da pesquisa poderá ser encaminhado ao Serviço de Psicologia ou ao Serviço de Emergência dessa unidade.

Benefícios:

Como benefício direto a pesquisa proporcionará suporte à saúde e melhoria na qualidade de vida dos enfermeiros no sentido que os mesmos terão escuta sensível reduzindo seu sofrimento psíquico. Como benefício indireto o estudo favorecerá melhoria na qualidade de vida do enfermeiro e por consequência, melhorando a assistência prestada ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, a ser realizada no Instituto Nacional de Câncer (INCA). A coleta dos dados para o alcance do objetivo proposto contará com a utilização de duas técnicas, a entrevista semiestruturada e a observação de campo. O universo do estudo será composto pelos 23 enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos no setor de Internação hospitalar do HCIV. Os dados coletados serão analisados com um software desenvolvido com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo. Esta é uma ferramenta que facilita a construção de pesquisas baseadas nesta metodologia. Todos os 23 enfermeiros que atuam no setor serão convidados a participar.

Os objetivos estão claros e bem definidos, a metodologia proposta é factível e adequada para que estes objetivos sejam alcançados. O binômio risco/benefício foi bem cotejado e aponta favoravelmente para a liberação da pesquisa nos seus aspectos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados

Recomendações:

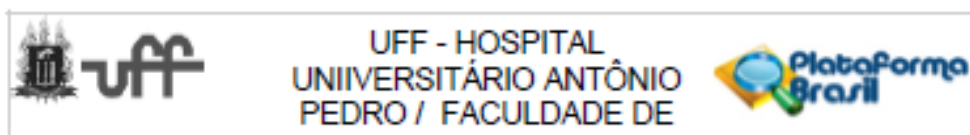
Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-0180 Fax: (21)2629-0180 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.013.996

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_857493.pdf | 14/03/2017 14:48:20 | | Aceito |
| Outros | SOCICITACOES_DO_INCA.docx | 14/03/2017 14:47:36 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.doc | 14/03/2017 14:45:47 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 14/03/2017 14:45:26 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.doc | 14/03/2017 14:42:17 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACOES_DO_PESQUISADOR.docx | 13/03/2017 16:00:03 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | FORMULARIO_INCA.docx | 13/03/2017 15:58:24 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_ROSTO.doc | 13/03/2017 15:50:04 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

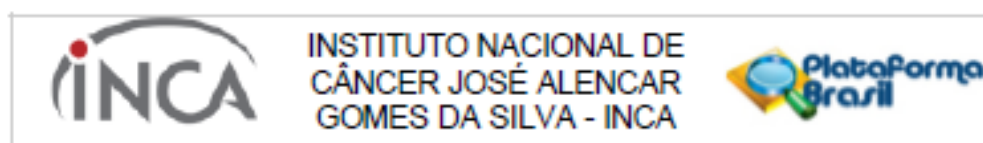
Não

NITEROI, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-0189 Fax: (21)2629-0189 E-mail: etica@vm.uff.br

10.2- Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer (CEP/INCA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS ENFERMEIROS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Pesquisador: ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65890117.6.3001.5274

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.049.683

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_857493.pdf" de 14/03/2017.

O trabalho dos enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos oncológicos é extremamente estressante e exige um bom controle emocional. Satisfazer as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes com câncer e seus familiares representa um desafio para os enfermeiros que deles cuidam. Prestar assistência a pacientes com doenças graves e em iminência de morte, envolve grandes influências na vida de uma pessoa. O tratamento de pacientes com câncer em cuidado paliativo é complexo e diversos fatores influenciam na saúde mental do profissional durante a assistência. A assistência de enfermagem em cuidado paliativo oncológico é extremamente desgastante, pois o contato com a dor e com a morte são fatores que tornam os enfermeiros vulneráveis e suscetíveis a sofrerem de apatia, por um processo natural de defesa. O estado de vulnerabilidade e deterioração ou "fraturas psicológicas", prejudica os enfermeiros na prestação de uma boa assistência de enfermagem, pois causa um distanciamento entre o profissional enfermeiro, o paciente e o familiar. Assim sendo, é compreensível que alguns

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2049/003

enfermeiros percam a sua generosidade de espírito e aumentem o seu distanciamento da boa prática. O que mais ocorre com o enfermeiro na assistência de cuidado paliativo oncológico é a sensação de impotência, pois existe um distanciamento entre o que se deseja fazer e o que realmente pode ser feito. Esta sensação de impotência gera estresse e sofrimento psíquico. Muito se fala nas causas e consequências das doenças ocupacionais, mas pouco se fala de estratégias para diminuir o sofrimento causado pelo trabalho. Enfermeiros precisam de suporte para melhorar a sua própria saúde e bem-estar e desenvolver a prática do autocuidado. Capacitar os enfermeiros para cuidar de si, ou dar suporte para que ele o faça, deve ser de interesse próprio e da organização. Portanto é de extrema importância que a organização de saúde reconheça que o autocuidado é importante. Capacitar o enfermeiro para cuidar de si mesmo para poder cuidar do próximo deve ser dado como prioridade. A instituição deve servir de indutor e condutor no processo do autocuidado. Ela deve oferecer ambientes de apoio para os enfermeiros, educação permanente, promover a prática reflexiva e oferecer suporte ao sofrimento quando houver. Atividades de autocuidado devem ser fomentadas nos locais de trabalho. Acredito que se as instituições promoverem o autocuidado e capacitarem enfermeiros para cuidar de si de forma holística, então os cuidados de enfermagem aos pacientes e aos familiares também ocorrerão desta forma. Cuidar de um paciente com câncer em cuidado paliativo e poder atender a todas as suas necessidades não é uma atividade fácil. Esse tipo de assistência realizada pelo enfermeiro demanda atitude pessoal e vocacional, equilíbrio e maturidade para suportar as diversas vicissitudes inerentes a este paciente. O convívio com o familiar ou cuidador oferece influência sobre a forma como o enfermeiro vai gerir os problemas e dificuldades, para que não ocorram estresse, cansaço e uma assistência ruim. Devido ao grande nível de estresse o enfermeiro necessita de apoio profissional para criar estratégias de enfrentamento contra o sofrimento psíquico. Quando o enfermeiro não tem esse apoio, ele mesmo cria a sua forma de compensação ou estratégia de enfrentamento, porém, essa pode não ser ideal ou eficaz. Se o enfermeiro não tem um apoio ou suporte, e cria estratégia de enfrentamento errada, ele potencializa o sofrimento, e causa o adoecimento.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

A equipe de enfermagem hoje é composta por 23 enfermeiros: 1 enfermeiro na chefia da Internação hospitalar; 4 enfermeiros diaristas, sendo 01 por andar; 18 plantonistas: sendo 9 plantonistas noturnos e 9 plantonistas diurnos.

Critério de Inclusão: os 23 enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.291-002
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4550 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.049.003

na Internação hospitalar há mais de 1 ano.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Enfermeiros licenciados do serviço por questões de licença médicas e maternidade;
Enfermeiros que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

METODOLOGIA:

A pesquisa é exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados para o alcance do objetivo proposto, contará com a utilização de duas técnicas, a entrevista semiestruturada e a observação de campo. O estudo será realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA), mais precisamente no setor de Internação hospitalar da Unidade destinada a pacientes em cuidados paliativos oncológicos (HCIV), situado na Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel/RJ. O universo do estudo será composto pelos 23 enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos no setor de Internação hospitalar (3º, 4º, 5º e 6º andar) do HCIV. As entrevistas serão registradas com o auxílio de um gravador MP3, após a autorização prévia dos sujeitos. Os dados coletados serão analisados com o QualiQuantSoft (software desenvolvido com base na teoria do Discurso do Sujeito), o programa recebe as entrevistas na íntegra e separa as expressões chaves e idéias centrais. Em seguida ocorre a categorização e reorganização com agrupamento das idéias centrais, cabendo ao pesquisador nesse momento formular na 1ª pessoa o discurso do sujeito coletivo como pessoa única.

TAMANHO DA AMOSTRA: 23

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Compreender as experiências e necessidades psicossociais dos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos como subsídio para implementação de grupo de apoio.

Objetivos específicos

- Identificar aspectos que possam contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico;
- Conhecer as experiências vivenciadas pelos enfermeiros que prestam assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos;
- Promover subsídio para implementação de um grupo de apoio com o objetivo de minimizar o

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.049.603

sofrimento dos enfermeiros que prestam assistência em cuidados paliativos oncológicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informado pelo pesquisador:

RISCOS:

Essa pesquisa poderá apresentar riscos mínimos relacionados a reações emocionais. Para prevenir ou minimizar desconfortos emocionais, o pesquisador concederá acolhimento e escuta sensível e os participantes terão liberdade de encerrar a entrevista a qualquer momento. Devido ao contexto emocional o participante da pesquisa poderá ser encaminhado ao Serviço de Psicologia da unidade.

BENEFÍCIOS:

Como benefício direto a pesquisa proporcionará suporte à saúde e melhoria na qualidade de vida dos enfermeiros no sentido que os mesmos terão escuta sensível reduzindo seu sofrimento psíquico. Como benefício indireto o estudo favorecerá melhoria na qualidade de vida do enfermeiro e por consequência, melhorando a assistência prestada ao paciente.

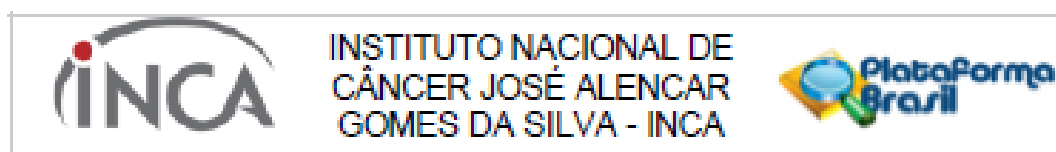
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem assistencial da Universidade Federal Fluminense. O INCA está incluído como Instituição co-participante e o mestrando é servidor do INCA. Projeto exequível, a ser realizado com enfermeiros do Setor de Internação Hospitalar do Hospital do Câncer IV.

Trata-se da reapresentação do projeto que anteriormente recebera o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.896.487, datado de 23 de Janeiro de 2017, em que o INCA fora apresentado como Instituição Co-participante. Nesta condição, cabia ao CEP-INCA apenas as opções de APROVAR ou NÃO APROVAR através de Parecer Consubstanciado. No entanto, este Projeto se enquadraria como PENDENTE de acordo com o apontado na seção PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES. Houve a solicitação que o INCA fosse incluído como CENTRO PARTICIPANTE (e não como Centro Co-participante) no campo "Demais centros participantes no Brasil", Aba 5 (Outras Informações), presente na Plataforma Brasil. Essa inclusão teve como mote facilitar que após a aprovação da emenda pelo CEP-UFF (Universidade Federal Fluminense), o estudo em tela seria replicado para o pesquisador responsável e consequentemente pudesse ser analisado pelo CEP-INCA.

Tal solicitação não pode ser atendida, razão pela qual mantivemos contato direto com pesquisador

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação de Parecer: 2.049.603

Informando a pendência que é nessa apresentação atendida (arquivo "SOCICITACOES_DO_INCA.docx").

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Traça-se da reapresentação do projeto que anteriormente recebera o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1.896.487, datado de 23 de Janeiro de 2017, em que o INCA fora apresentado como Instituição Co-participante. Nesta condição, cabia ao CEP-INCA apenas as opções de APROVAR ou NÃO APROVAR através de Parecer Consubstanciado. No entanto, este Projeto se enquadraria como PENDENTE de acordo com o apontado na seção PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES. Houve a solicitação que o INCA fosse Incluído como CENTRO PARTICIPANTE (e não como Centro Co-participante) no campo "Demais centros participantes no Brasil", Aba 5 (Outras Informações), presente na Plataforma Brasil. Essa Inclusão teve como mote facilitar que após a aprovação da emenda pelo CEP-UFF (Universidade Federal Fluminense), o estudo em tela seria replicado para o pesquisador responsável e consequentemente pudesse ser analisado pelo CEP-INCA.

Tal solicitação não pode ser atendida, razão pela qual mantivemos contato direto com pesquisador informando a pendência que é nessa apresentação atendida (arquivo "SOCICITACOES_DO_INCA.docx").

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_857493.pdf | 14/03/2017 14:48:20 | | Aceito |

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-002
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



Continuação do Parecer: 2.049.003

| | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------|
| Outros | SOCICITACOES_DO_INCA.docx | 14/03/2017 14:47:36 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.doc | 14/03/2017 14:45:47 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 14/03/2017 14:45:26 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.doc | 14/03/2017 14:42:17 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO_MODIFICAD O.doc | 13/03/2017 16:01:37 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACOES_DO_PESQUISADOR. docx | 13/03/2017 16:00:03 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | FORMULARIO_INCA.docx | 13/03/2017 15:58:24 | ALEX SANDRO DE AZEREDO SIQUEIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_ROSTO.doc | 13/03/2017 15:50:04 | ALEX SANDRO DE AZEREDO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Maio de 2017

Assinado por:

Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br