

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração  
Mestrado

Diana Alves Prates Simões

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS  
ONCOLOGISTAS QUE ATUAM EM UNIDADES HOSPITALARES  
MINEIRAS**

Belo Horizonte  
2016

**Diana Alves Prates Simões**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS  
ONCOLOGISTAS QUE ATUAM EM UNIDADES HOSPITALARES  
MINEIRAS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte  
2016



Faculdade Novos Horizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO  
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **DIANA ALVES PRATES SIMÕES**

Matrícula: 770695

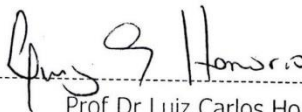
LINHA DE PESQUISA: RELAÇÕES DE PODER E DINÂMICA NAS ORGANIZAÇÕES

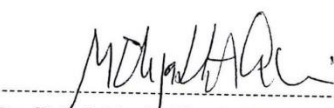
ORIENTADOR(A): Prof Dr Luiz Carlos Honório

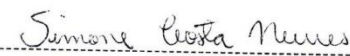
**TÍTULO: PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS  
QUE ATUAM EM UNIDADES HOSPITALARES MINEIRAS.**

DATA: 28/06/2016

BANCA EXAMINADORA:

  
-----  
Prof Dr Luiz Carlos Honório  
ORIENTADORA  
Faculdade Novos Horizontes

  
-----  
Profª Drª Maria Elizabeth Antunes Lima  
Faculdade Novos Horizontes

  
-----  
Profª Drª Simone Costa Nunes  
PUC MINAS

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado “PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS QUE ATUAM EM UNIDADES HOSPITALARES MINEIRAS”, de autoria de Diana Alves Prates Simões, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Carlos Honório, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes – Área de Concentração: “Organização e Estratégia”.

### Dados da revisão:

- Correção gramatical
- Adequação do vocabulário
- Inteligibilidade do texto

Belo Horizonte, 3 de junho de 2016.

  
Afonso Celso Gomes  
Revisor

Registro LP9602853/DEMEC/MG  
Universidade Federal de Minas Gerais

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, porque d'Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais, em especial a meu pai, por me ensinar a persistir e jamais desistir dos meus ideais e por sua manifestação de alegria e carinho com que sempre reagiu às minhas conquistas.

Ao meu esposo, por seu amor, dedicação e paciência com que soube compreender meus momentos de ausência, mesmo estando fisicamente presente.

Aos meus irmãos, Mayer, Diego e Nicole, pelo amor que nos une.

Aos meus parentes e amigos que torceram por mim ao longo desta caminhada, minha eterna gratidão.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, pelos ensinamentos desde o início e por contribuir para meu crescimento profissional. Minha admiração. “Um mero professor apenas aponta o caminho para as estrelas. Um professor de verdade ajuda a alcançá-las” (Lídia Vasconcelos).

Aos meus colegas de turma, pelas discussões acadêmicas, em especial às minhas companheiras Lílian e Monique, pela parceria.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização de mais uma conquista.

Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje.  
Mas continue em frente de qualquer jeito.

Martin Luther King

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do médico oncologista que atua em unidades hospitalares localizadas no estado de Minas Gerais. O referencial teórico ancorou-se na Psicodinâmica do Trabalho, servindo de sustentação para a realização de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Participaram da pesquisa 10 médicos oncologistas que atuam em diferentes hospitais mineiros, públicos e/ou privados. Os participantes da pesquisa submeteram-se a uma entrevista cujo roteiro foi elaborado com base no referencial teórico. Os dados obtidos foram submetidos à análise dos núcleos de sentido, técnica adaptada a partir da análise de conteúdo categorial, desenvolvida por Bardin (1977). Os núcleos de sentido emergiram dos depoimentos dos entrevistados, colhidos por meio de um roteiro que continha perguntas pertinentes às cinco categorias de análise (sentido do trabalho, contexto do trabalho, vivências de prazer, vivências de sofrimento e mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho) correspondentes aos objetivos da pesquisa, definidos previamente. Os resultados apontaram que os médicos oncologistas em estudo vivenciam momentos de sofrimento e de prazer. Nessa perspectiva, o sentido do trabalho foi evidenciado por meio da identificação com o trabalho e da relevância do trabalho para sociedade e para a vida pessoal, em um contexto de trabalho marcado por ritmo intenso, indisponibilização de recursos técnicos na esfera pública, disponibilidade de recursos técnicos na esfera privada e presença do trabalho em equipe. As vivências de prazer baseiam-se em realização profissional, conquistas pessoais, reconhecimento do trabalho pelo paciente e liberdade de expressão. Já as vivências de sofrimento manifestam-se por meio de esgotamento físico e mental no trabalho, falta de reconhecimento por parte da organização, forte controle das emoções, administração de imprevistos rotineiramente, insegurança no momento da prescrição médica e presença de conflitos no relacionamento familiar e no relacionamento com a organização. Os mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho são adotados, em sua maioria, individualmente pelos profissionais médicos, por exemplo, compartilhar decisões com os pares, autocontrole, crença religiosa, lazer com a família e atividade física, mostrando-se insuficientes para promover mudanças no contexto da organização. Tais mecanismos denotam que as estratégias dos médicos oncologistas parecem se basear na racionalização e no deslocamento. Essas estratégias defensivas têm por objetivo minimizar a percepção do sofrimento, dando ao médico oncologista um suporte que lhe permita utilizá-las como proteção.

**Palavras-chave:** Prazer. Sofrimento. Trabalho. Médico. Oncologista.

## ABSTRACT

This research had the aim of describing and analyzing the manifestations of pleasure and suffering of the oncologist doctor who works at hospital units located in the state of Minas Gerais. The theoretical reference was grounded on the Work Psychodynamics, which was used to support the development of a descriptive research through the qualitative method. Ten oncologist doctors who work in different public and/or private hospitals in Minas Gerais took part in the research. The participants of the research were submitted to an interview whose script was developed according to the theoretical reference. The obtained data was submitted to the Nucleus of Meaning Analysis, which is a technique adapted from the categorical content analysis developed by Bardin (1977). The nucleus of meaning emerged from the interviewees' testimonials collected through a script which contained questions that are relevant to the five categories analysis (meaning of work, context of work, experiences of pleasure, experiences of suffering and mechanisms to deal with the suffering at work) corresponding to the research aims, defined previously. The results indicated that the oncologist doctors under study experience moments of suffering and moments of pleasure. From this point of view the meaning of work was made evident through the identification with the work and the relevance of the work to society and to personal life, in a work context marked by intense pace, unavailability of technical resources in the public area, availability of technical resources in the private area, and presence of team work. The experiences of pleasure are based on professional fulfillment, on personal achievements, on the work recognition by the patient, and on the freedom of expression. The experiences of suffering are manifested through physical and mental exhaustion at work, lack of recognition by the organization, strong emotional control, daily management of the unforeseen, insecurities in the moment of medicine prescription, and the presence of conflicts in family relationship and in the relationship with the organization. The mechanisms to deal with the suffering at work are used mainly individually by the doctors, for example, sharing decisions with the peers, self control, religious belief, leisure time with the family and physical activity, which turn out to be insufficient to promote changes in the organization context. Such mechanisms indicate that the oncologist doctors' strategies seem to be based on rationalization and on dislocation. These defensive strategies aim to minimize the perception of suffering, giving the oncologist doctor some support that allows him/her to use them as a way of protection.

**Key words:** Pleasure. Suffering. Work. Doctor. Oncologist.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON – Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CRM – Conselho Regional de Medicina

DNA – *Deoxyribonucleic Acid* - Ácido desoxirribonucléico

EnANPAD – Encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MOW – *Meaning of Work International Research Team*

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNPCC-RAS – Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional

SUS – Sistema Único de Saúde

UNACON – Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1	Objetivo geral.....	15
1.2	Objetivos específicos.....	15
1.3	Justificativa.....	15
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DO ESTUDO .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
3.1	A centralidade do trabalho na vida do indivíduo .....	24
3.2	Psicodinâmica do trabalho .....	30
3.2.1	O prazer no trabalho.....	33
3.2.2	O sofrimento no trabalho.....	37
3.2.3	Mecanismos de controle do sofrimento no trabalho .....	41
3.3	Características do trabalho do médico oncologista .....	44
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
4.1	Tipo e abordagem de pesquisa .....	50
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa.....	51
4.3	Técnica de coleta dos dados .....	52
4.4	Técnica de análise dos dados .....	54
<b>5</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
5.1	Caracterização do perfil dos pesquisados .....	57
5.2	Análise dos núcleos de sentido: categorias e subcategorias.....	58
5.2.1	Sentido do trabalho .....	60
5.2.2	Contexto do trabalho.....	63
5.2.3	Vivências de prazer .....	69
5.2.4	Vivências de sofrimento.....	73
5.2.5	Mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho .....	82
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), o trabalho é o sustentáculo da vida humana; é o instrumento de mediação entre o homem e a natureza na construção do sujeito, agindo entre o inconsciente e o campo social, de ordem singular ou coletiva. Significa para o trabalhador uma forma de afirmar sua identidade, por meio das atribuições individuais inseridas por ele na realização da tarefa. Para Tolfo e Piccinini (2007), trata-se de um elemento central da experiência humana, pessoal e social. É, ainda, uma atividade cujo objetivo transcende o âmbito da economia e abriga um conceito multidimensional, que integra três eixos semânticos principais: a centralidade do trabalho, mediante a comparação da importância atribuída a ele com outros aspectos da vida; as normas sociais sobre o trabalho relativas aos direitos e deveres percebidos como associados ao exercício da função laboral; e as metas e os resultados laborais. As relações conceituais e empíricas envolvendo o conceito sobre a centralidade do trabalho podem relacionar-se ao mercado de trabalho, às características das profissões, às diferenças culturais e aos próprios conceitos do significado do labor para cada pessoa. Portanto, as experiências de trabalho podem alterar os valores e as experiências cognitivas relacionadas ao próprio trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007).

Mesmo que o trabalho seja um elemento central constituidor das relações sociais e da identidade do indivíduo, observa-se que as organizações atuais parecem privilegiar mecanismos de precarização do trabalhador, uma vez que eles se sustentam na redução de custos com mão de obra, queda do emprego formal, elevação do desemprego e expansão de empregos precários (RIFKIN, 2004). Reconhece-se que tais mecanismos podem conduzir o trabalhador a experimentar vivências de sofrimento no exercício de suas funções, não obstante ser verdade que o trabalho também permite a experimentação de vivências prazerosas, porque ele ainda é considerado como um princípio organizador importante da sociedade. A díade “prazer e sofrimento” é núcleo central nos estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho.

A psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours para ampliar seus estudos sobre a psicopatologia do trabalho, foca na significação da díade “prazer-sofrimento” e na análise dos mecanismos de defesa individuais ou coletivos utilizados pelos trabalhadores para obterem saúde ocupacional (DEJOURS, 2004). O essencial da Psicodinâmica do Trabalho está no fato de ela retratar as possibilidades de sofrimento mental provenientes da organização do trabalho e identificar tal fenômeno ainda em um estágio não doentio, o que viabiliza ampliar o reconhecimento das consequências da organização taylorista do trabalho no tocante à psique dos sujeitos e antecipar uma intervenção terapêutica preventiva (MERLO, 2002).

Christophe Dejours realizou estudos de situações concretas de trabalho que são potencialmente geradoras de sofrimento psíquico. Ele construiu uma obra de referência sobre os processos psicossociais que interferem nos indivíduos e nas organizações. Esta corrente de pensamento se estabeleceu como referência nos estudos sobre saúde mental e trabalho, pela qualidade de sua produção teórica e de suas formulações metodológicas e pela importância de suas descobertas (DEJOURS, 2011a).

A Psicodinâmica do Trabalho é considerada um método contemporâneo que, ao discutir a organização do trabalho, busca esclarecer a subjetividade do indivíduo e o modo como isso acontece nas interações sociais e em sua inserção no âmbito das organizações, para que ele possa equilibrar as vivências de prazer e sofrimento decorrentes do trabalho (ROIK; PILATTI, 2009). O indivíduo consegue esse equilíbrio por meio de mecanismos de defesa ou de intervenções feitas na organização do trabalho. Desequilíbrios na relação entre prazer e sofrimento podem desencadear vivências de adoecimento no trabalho. Qualquer realidade ocupacional é passível de se sujeitar a tal risco (DEJOURS, 2004). Todavia, existem espaços e categorias mais susceptíveis a ele, por exemplo, o ambiente hospitalar e o médico que ali atua (PITTA, 2003). Isso porque o espaço hospitalar é o ponto de encontro de várias categorias profissionais que compõem um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do indivíduo. Esses profissionais lidam com a dor física e emocional, com a doença e com a morte de pacientes e de seus familiares. Ou seja, profissionais e pacientes se encontram em momentos dolorosos,

em que os primeiros, muitas vezes, sentem-se impotentes, na medida em que os pacientes e seus familiares depositam neles muitas expectativas (PITTA, 2003).

A instituição hospitalar tem natureza econômica e social complexa e vem passando por grandes avanços científicos e tecnológicos. Tudo isso exige diferentes habilidades e competências dos profissionais de saúde. A estrutura organizativa e a tradição gerencial têm transformado os hospitais brasileiros em organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, caracterizadas por: existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categoria profissional, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com a fragmentação dos processos de trabalho; estrutura interna de poder, e excessivo poder técnico-burocrático, em geral, colonizado pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho. Tudo isso tem produzido relações de trabalho bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder. Dessa maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, considerando a posição que ocupa na estrutura organizativa do trabalho (BRASIL, 2011). As contradições no ambiente hospitalar estão presentes a todo o momento, produzindo experiências de prazer e sofrimento em seus profissionais (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Hoje, o exercício da atividade médica é bem diferente daquele de décadas atrás, uma vez que o aumento da complexidade dos serviços prestados, os avanços tecnológicos e a caracterização da área da saúde como negócio altamente competitivo mudaram a prática da medicina, fazendo com que os médicos perdessem sua autonomia no exercício da profissão em relação ao ritmo de trabalho e aos honorários, como afirma Dutra (2008). Isso tem impactado o papel essencial da relação médico-paciente, tão idealizado pelo profissional, mas cada vez mais sacrificado, em função do pouco tempo do médico reservado ao paciente e em favor dos avanços, levando a uma medicina menos humana e mais tecnológica (DUTRA, 2008).

Segundo Lima Júnior e Castanha (2011), o trabalho médico tem por finalidade promover a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Ou seja, produzir saúde nos âmbitos individual e coletivo. Ainda de acordo com esses autores, os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e do cuidado com a saúde. Mesmo, em conjunto com a equipe composta por outros profissionais, eles é que tomam as decisões sobre a condução do processo de diagnóstico e tratamento do paciente. Faz parte de seu ofício lidar cotidianamente com a evolução da doença, que, muitas vezes, inclui dores, perdas, padecimento e morte, tornando o trabalho penoso, na medida em que não têm controle de um contexto desgastante, de esforços físicos e mentais, que pode levá-los ao sofrimento e ao adoecimento.

Considerando-se que em seu trabalho lidam constantemente com a fragilidade humana e as pressões por assertividade, os médicos experimentam em seu cotidiano vivências de prazer e sofrimento. Por essa razão, é relevante ouvi-los, pois, como defende Dejours (1998), eles são os mais indicados para falar sobre os processos e as condições a que são submetidos em situações de trabalho geradoras de desgastes, para identificar as correlações em seus processos subjetivos. Falar e ser ouvido, isso permite ao pesquisado tomar consciência, refletir e organizar a própria experiência (SOUZA; GRISCI, 2005). O uso da linguagem permite uma melhor compreensão da organização em que atuam os profissionais, configurando “um universo de linguagem e palavras não ditas [...]” (CHANLAT, 1996, p. 21).

Tendo em vista o contexto até aqui apresentado, esta dissertação trata das vivências de prazer e sofrimento dos profissionais médicos oncologistas, considerando que as especificidades do câncer, as fantasias e os estigmas relacionados à doença permeiam não apenas as pessoas, de modo geral, mas também os profissionais, como afirma Cano (2008).

Estimativas realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014b) pressupõem que em 2030 a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer, em consequência do crescimento e envelhecimento da população e da redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças

infeciosas em países em desenvolvimento. Trata-se, pois, de um problema de saúde pública. Por isso, a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento (INCA, 2014b).

Ainda de acordo com o INCA (2016), a cada ano morrem no mundo cerca de 8 milhões de pessoas acometidas pelo câncer. No Brasil, a estimativa para 2016, que será válida também para 2017, aponta para a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, excluindo os de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no País. O câncer de pele do tipo não melanoma (180 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61 mil), mama feminina (58 mil), cólon e reto (34 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (16 mil). Em Minas Gerais, foco pretendido por esta dissertação, a estimativa chega aos 273 mil novos casos de câncer entre os homens e 302 mil novos casos de câncer entre as mulheres, considerando todos os tipos de neoplasia INCA (2016).

É importante ressaltar que, devido ao mau prognóstico e às diversas reações que os tratamentos do câncer provocam nos pacientes, de ordem tanto física quanto psíquica, pode-se considerar esta doença como uma das mais temidas pelos indivíduos. Para o enfrentamento desse agravo, encontra-se o médico oncologista, juntamente com a equipe de saúde, que acompanha o paciente desde a hipótese diagnóstica, sua confirmação por meio dos exames complementares, a conduta terapêutica e a evolução do quadro, muitas vezes, perdendo a batalha para a doença. Esse tipo de trabalho exige do profissional de saúde, além do domínio de técnicas aprimoradas, um conjunto de habilidades e competências humanas capaz de solucionar problemas decorrentes do estado crítico do paciente (CANO, 2008).

Essas exigências, que envolvem desde o contato frequente com situações de doença, sofrimento e morte até lidar com incertezas e angústias, fruto da fragilidade humana, acrescidas da necessidade de responder à demanda emocional que isso acarreta, colocam o médico oncologista diante de situações que exigem dele

mecanismos de defesa para lidar com o sofrimento no trabalho, a fim de conviver com sua prática cotidiana. O médico oncologista acaba sobrecarregado em sua ocupação, estando mais predisposto a cobranças e exigências, que se configuram em encargos excessivos, tanto no nível físico como no emocional, o que leva implícito, também, o risco de adoecimento (CANO, 2008).

O médico oncologista encontra-se em um grupo de risco bastante suscetível ao risco de adoecimento, evidenciado por vivências de sofrimento, como: esgotamento físico e mental no trabalho, falta de reconhecimento por parte da organização, forte controle das emoções, administração de imprevistos rotineiramente, insegurança no momento da prescrição médica e presença de conflitos no relacionamento familiar e com a organização. Isso gera sintomas físicos e problemas emocionais e comportamentais, influenciando de forma direta a vida profissional e pessoal do médico oncologista (CANO, 2008).

Além das exigências inerentes ao exercício dessa profissão até aqui relatadas, destacam-se as peculiaridades da realidade brasileira, caracterizadas por: precariedade do sistema de saúde, grande demanda pelos serviços e ritmo de trabalho acelerado dos profissionais. Reconhece-se que a combinação de todos estes fatores pode levar o médico oncologista a vivenciar a díade “prazer/sofrimento” no exercício de sua função, considerando-se que manejar a vida e a morte iminente faz parte da rotina deste profissional e que a pressão por parte de pacientes, familiares e instituições se intensifica, colocando em risco a saúde deste profissional (OLIVEIRA; CHAVES-MAIA, 2008).

Com base no cenário aqui delineado, define-se como problema de pesquisa: **“Como se configuram as vivências de prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologistas?”**.



## **1.1 Objetivo geral**

Descrever e analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do médico oncologista que atua em unidades hospitalares localizadas no estado de Minas Gerais.

## **1.2 Objetivos específicos**

- Descrever o sentido que o médico oncologista atribui a seu trabalho;
- Descrever o contexto de trabalho em que o pesquisado realiza suas atividades;
- Identificar as vivências de prazer no trabalho do médico oncologista;
- Identificar as vivências de sofrimento no trabalho do médico oncologista;
- Identificar os mecanismos utilizados pelo médico oncologista para lidar com o sofrimento no trabalho.

## **1.3 Justificativa**

Considera-se relevante o desenvolvimento desta dissertação nos aspectos acadêmico e social, uma vez que a saúde é uma necessidade primordial à vida tanto de quem realiza quanto de quem recebe os serviços.

Ao realizar o mapeamento dos trabalhos acadêmicos publicados nos anais dos Encontros Nacionais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD), hoje o principal órgão de interação entre programas associados e grupos de pesquisa da área e da comunidade internacional, constatou-se a ausência de pesquisas publicadas com médicos oncologistas.

Foram analisados os trabalhos publicados no período de janeiro de 2005 a setembro de 2015, a fim de verificar quantos abordavam o tema “Prazer e sofrimento de médicos oncologistas”, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Constatou-se a ausência de publicações sobre este profissional médico. Assim, pretende-se com esta pesquisa contribuir para os estudos acadêmicos da área da Saúde, que no Brasil sofre com as condições precárias de trabalho, e acrescentar subsídios aos

estudos realizados com base na Psicodinâmica do Trabalho na realidade brasileira, a partir dos referenciais teóricos e das pesquisas desenvolvidas por Christophe Dejours, desde os anos de 1980.

O fato de analisar a percepção de médicos em relação à díade “prazer e sofrimento no trabalho” favorece o aporte de informações sobre a situação dos profissionais pesquisados, na medida em que eles revelam as condições de trabalho em que se encontram. Com base nos resultados obtidos, os hospitais e seus gestores terão a possibilidade de intervir, sobretudo, ao adotarem novas políticas de gestão de pessoas que favoreçam o prazer destes profissionais e minimizem o sofrimento, podendo, também, estender estas políticas aos demais profissionais, contribuindo para a melhoria no ambiente hospitalar (MENDES, 2007). Dessa forma, pode haver um ganho geral para as instituições, pois quando o trabalhador atribui um sentido positivo a seu trabalho e se identifica com o que faz, sentindo que tem autonomia e liberdade, passa a experimentar mais o prazer e a minimizar o sofrimento. Dessa forma, apontam-se como ganhos a melhoria da qualidade de vida do profissional e da organização hospitalar e o aumento da qualidade dos serviços oferecidos ao usuário (MENDES; ARAÚJO; MERLO; 2011).

Em relação à categoria social, a pesquisa se torna relevante por estudar e compreender as situações de trabalho vivenciados por médicos oncologistas. Isso porque a partir do século XVIII o trabalho vem assumindo progressivamente lugar de destaque na produção subjetiva. Durante muito tempo, as mudanças ocorriam lentamente, embora cada momento fosse marcado por características próprias. O trabalho aperfeiçoou-se, passando a exigir do profissional habilidades múltiplas no contexto atual (MURGATROYD; MORGAN, 1993).

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, em que se apresentam a contextualização do tema, o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa. No segundo capítulo, descreve-se a ambiência no qual foi realizado o estudo. No terceiro capítulo, desenvolve-se o referencial teórico. No quarto capítulo, especifica-se o percurso metodológico empreendido para a pesquisa. No quinto capítulo, apresentam-se a descrição e análise dos resultados. No sexto capítulo, formulam-se as considerações finais. Seguem-se as referências

bibliográficas utilizadas, o termo de consentimento livre esclarecido e o roteiro aplicado na coleta dos dados da pesquisa.

## 2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, descreve-se o contexto em que se inserem os médicos oncologistas pesquisados.

O hospital é uma instituição bastante antiga na história da humanidade (PORTER, 2004). Ao longo de sua secular trajetória, os estabelecimentos hospitalares passaram por enormes transformações, associadas, de um lado, às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, às grandes descobertas científicas e aos avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica (BRAGA NETO *et al.*, 2014).

Spiller *et al.* (2009) afirmam que os hospitais – historicamente, a expressão mais visível das políticas de saúde em todo o mundo – nasceram, segundo o modelo medieval, com objetivos humanitários e, fundamentalmente, religiosos, transformando-se, ao longo do tempo, nas organizações empresariais complexas de hoje.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define que:

Art. 3º. Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

§2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, que estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar, divide os hospitais brasileiros em quatro tipos, de acordo com uma série de parâmetros, entre os quais, o número de leitos e o perfil assistencial: a) pequeno porte menos de 49 leitos; b) médio porte de

50 a 149 leitos; c) grande porte de 150 a 499 leitos; e porte especial acima de 500 leitos. Podem ser de natureza: clínicas básicas; geral; especializado; e universitário de ensino e pesquisa (BRASIL, 2002).

Os hospitais também costumam ser classificados, com base em seu regime de propriedade, em “públicos” ou “privados”. Os públicos são descritos segundo a esfera de governo à qual pertencem em, “federais”, “estaduais” ou “municipais” e segundo a modalidade jurídico-institucional em que operam em “da administração pública direta” ou “da administração pública indireta”. Neste último caso, são definidos como “autarquias”, “fundações” ou, mesmo, “empresas estatais”. Já os estabelecimentos hospitalares privados são usualmente classificados como “entes com fins lucrativos” ou “entes sem fins lucrativos”. Neste último caso, são definidos como “beneficentes” ou “filantrópicos”. Também é comum a indicação referente ao tipo de clientela à qual prestam serviço, pois o atendimento pode ser feito a pacientes do SUS – caso dos hospitais privados contratados ou conveniados com o SUS –, a pacientes beneficiários de planos privados de saúde, e, ainda, a pacientes particulares que pagam do próprio bolso. A maior parte dos hospitais privados no Brasil atende a essas diferentes clientelas (BRAGA NETO *et al.*, 2014).

Independente do regime de propriedade dos prestadores de serviços de saúde, o Ministério da Saúde, em 1944, instituiu que as instalações para tratamento e hospitalização dos casos de câncer necessitam de aparelhagem especial tanto para o diagnóstico preciso e precoce como para o tratamento dos casos confirmados. Além de laboratórios completos para a realização de exames das peças operatórias e dos fragmentos de tecidos retirados por biopsia, exigem-se instalações de radiodiagnóstico e demais elementos diagnósticos, imprescindíveis para o tratamento. Nem todos os pacientes afetados pelo câncer necessitam de internação para seu tratamento. Muitos deles podem fazer o mesmo tratamento no ambulatório, bastando equipá-los convenientemente. O diagnóstico da enfermidade em início é fator decisivo para o êxito terapêutico. Também nesse sentido devem os ambulatórios concorrer grandemente possibilitando com equipamento adequado e pessoal técnico competente o diagnóstico em tempo oportuno de terapêutica eficaz (UGÁ; LOPES, 2007).

Hoje, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Este é o nível da atenção mais bem capacitado para determinar a extensão da neoplasia e o grau de estadiamento, tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, via Sistema Único de Saúde (INCA, 2014b).

O problema do câncer no Brasil ganha relevância em razão do perfil epidemiológico que esta doença vem apresentando. Com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a situação permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira (INCA, 2014b).

A inclusão das ações integradas para prevenção e controle do câncer, por exemplo, detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica, está entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2015. Merecem destaque as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero e a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC-RAS), por meio da Portaria 874, de 16 de maio de 2013 (INCA, 2014b).

O câncer é um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Informações sobre sua incidência obtidas dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) oferecem à sociedade brasileira uma estimativa de casos novos, para prover gestores, serviços de saúde, universidade, centros de pesquisa e sociedades científicas com informações atualizadas capazes de subsidiar maior conhecimento sobre a ocorrência da doença na população brasileira e nas regiões. Os RCBP são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de casos novos (incidentes) de câncer em uma população (INCA, 2014b).

“O câncer é um mal universal. Não respeita raça, clima, hábitos ou civilizações. Além disso, em qualquer parte do mundo onde a estatística mereça fé, a sua frequência aumenta” (MAGALHÃES, 1923, p. 231). O câncer, em sua história pregressa, pode ser encontrado na população egípcia antes mesmo da era cristã, revelado por radiografias feitas sobre ossos de múmias (KROEFF, 1946). Mas somente no final do século XVIII é que começou a ser reconhecido pela forma como o tumor progride e destrói os órgãos onde se instala. A difusão desse aspecto invasivo e progressivo, aliada à constância de sua fatalidade, tornaria o câncer estigmatizado, trazendo em seu lastro autorrejeição e morte precoce. Assim, pessoas acometidas de câncer viam-se afastadas de seu grupo social e se configuravam como objeto de procedimentos de descontaminação em seus espaços de pertencimento, devido à crença do caráter contagioso, partilhável pela ciência até as duas primeiras décadas do século XX (GENOVESE; BORDINI; BORDINI, 1997).

A palavra *câncer* é derivada do latim *cancer* e do grego *carcinoma* (*de Karkinos*), ambos significando “caranguejo”. O uso provável desse termo se deve ao modo de invasão da doença nos tecidos vizinhos quando comparado ao modo de apreensão desse crustáceo. O termo genérico *câncer*, utilizado para designar tumor maligno, foi bem adequado, por este aderir, de forma obstinada, a qualquer local que acometa, como faz um caranguejo após apreender sua presa (GENOVESE; BORDINI; BORDINI, 1997). Foi Galeno, por volta de 138-200 d.C, quem utilizou esse termo pela primeira vez para se referir a um tumor de mama (FERREIRA; MACIEL, 2004).

*Câncer* é definido como sendo um termo genérico atribuído a um grande grupo de doenças que podem afetar uma parte do corpo. Outros termos utilizados são: *tumores malignos* e *neoplasias*. Uma definição para câncer seria: crescimento rápido e anormal de células defeituosas, que se multiplicam e se espalham pelo organismo. A este processo denomina-se “metástase”, fenômeno é que leva ao maior número de mortes por câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O câncer, embora muito estudado, constitui-se em grande interrogação para a ciência. É uma doença crônica, degenerativa, de evolução lenta ou rápida e de incontrolável proliferação. Se não tratado precoce e adequadamente, geralmente, é fatal. Constitui um grupo de afecções que têm como elemento comum a alteração do

equilíbrio celular, a qual se transforma em um processo anárquico e descontrolado dos mecanismos mitóticos celulares, acompanhado de mudanças morfofuncionais do organismo afetado (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2000).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2006).

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro, que pode causar câncer de pulmão; a exposição excessiva ao sol, que pode causar câncer de pele; e alguns vírus, que podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que a pessoa ingere, e muitos são ainda completamente desconhecidos (INCA, 2014a).

Outro fator associado ao câncer, segundo o INCA (2014a), é o processo de envelhecimento, que traz mudanças nas células, e que aumenta sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos.

Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados “cancerígenos” ou “carcinógenos”. Eles atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2006). O surgimento do câncer depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores da doença. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando. Dessa forma, o risco de câncer em determinada população depende diretamente das características biológicas e comportamentais



dos indivíduos que a compõem e das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam. Essa compreensão é essencial para a definição de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações efetivas de prevenção. Assim não há dúvida de que em vários tipos de câncer a susceptibilidade genética exerce papel importante, mas é a interação entre essa susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente que determina o risco do adoecimento por câncer (INCA, 2014a).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação aborda os seguintes tópicos: “A centralidade do trabalho na vida do indivíduo”; “Psicodinâmica do Trabalho”; “Prazer no trabalho”; “Sofrimento no trabalho”; “Mecanismos de controle do sofrimento no trabalho” e “Características do trabalho do médico oncologista”.

#### 3.1 A centralidade do trabalho na vida do indivíduo

De acordo com Tolfo e Piccinini (2007, p. 3), a centralidade do trabalho pode ser compreendida como o nível de relevância que o trabalho ocupa na vida de uma pessoa em determinado período de tempo. Desse modo,

[...] é formada por um construto complexo composto por um componente valorativo - centralidade absoluta do trabalho -, que mensura o valor atribuído a este dentro da vida dos sujeitos (Qual a importância do valor do trabalho na sua vida?) e identifica em que medida o trabalho é central para a autoimagem. O outro componente é a centralidade relativa do trabalho, influenciada pelos ciclos vitais do sujeito, e que mede a relação do trabalho com outros momentos importantes na sua vida (TOLFO; PICCININI, 2007, p. 3).

Segundo Lundberg e Peterson (1994, p. 1461), a “centralidade do trabalho representa uma identificação individual com o trabalho, ou a significância que a pessoa atribui ao papel do trabalho”. Essa centralidade, segundo Thiry-Cherques (2004), faz com que o indivíduo se sinta parte das formações sociais e da segurança na relação do sujeito com o produto do seu trabalho. Portanto, o rompimento desse vínculo torna-se fonte de preocupação, uma vez que o trabalho não é apenas uma maneira de sobrevivência, mas, sim, uma forma de inserção social.

A equipe MOW (1987)<sup>1</sup> conduziu uma pesquisa que serviu como antecedente para os estudos de Estelle Morin, a qual se baseou no conceito de centralidade do

---

<sup>1</sup> Meaning of Work International Research Team (MOW). Sediado no Canadá, desenvolve pesquisas desde a década de 1970, sobre o sentido e o significado do trabalho em diversos países. Este grupo de pesquisadores desenvolveu um construto multidimensional para investigar o significado do trabalho. Operacionalmente, formulou um amplo conjunto de perguntas, compondo um questionário com mais de 100 questões divididas em várias subescalas de natureza híbrida, combinando itens de respostas fechadas e abertas. Essa característica do instrumento desenvolvido pela equipe MOW tem gerado inconsistências e dificuldades de adaptação em distintas realidades. Apesar dos

trabalho. Realizada entre 1981 e 1983, entendeu tal conceito como uma crença geral sobre o valor do trabalho na vida do indivíduo. Ressaltou que não estava se referindo à centralidade do atual emprego, mas sim ao ato de trabalhar (TOLFO; PICCININI, 2007). Na visão de Morin (2001), esta pesquisa demonstrou que as pessoas, em sua maioria, mesmo que tivessem condições para viver o resto da vida confortavelmente, continuariam a trabalhar, pois o trabalho, além de ser uma fonte de sustento, é um meio de se relacionar com os outros, de se sentir como parte integrante de um grupo ou da sociedade, de ter uma ocupação e de ter um objetivo a ser atingido na vida.

Os estudos da equipe MOW, citados por Morin (1996), corroboram que existem dois grandes componentes teóricos sobre os quais a centralidade do trabalho é construída: identificação com o trabalho, envolvimento e compromisso com ele; e a escolha da esfera do trabalho como espaço fundamental de autoexpressão. Estes dois componentes atuam de forma que um reforça o outro.

De acordo com Morin (1996), a identificação com o trabalho é resultado de um processo cognitivo consistente, que se baseia na comparação dele com uma atividade e nas percepções do indivíduo sobre si mesmo. A identificação com o trabalho nasce desse processo, como parte de uma autoidentificação, que consiste exatamente no oposto do conceito de alienação. Ou seja, a centralidade do trabalho na vida do indivíduo será tanto maior quanto menor for sua alienação em relação a este trabalho. Já o envolvimento é uma forma de reação ao ato de trabalhar como parte da vida do indivíduo. O envolvimento será maior à medida que a pessoa percebe a atividade do trabalho como condição inerente e necessária a sua vida. Já o compromisso pode ser avaliado por meio de elementos comportamentais, como o tempo gasto com o trabalho e com atividades relacionada a ele (MORIN, 1996). O termo *alienação* aqui é abordado levando em consideração a teoria administrativa como sendo o envolvimento negativo, em contrapartida ao compromisso, envolvimento positivo (ETZIONI, 1968).

---

esforços de desenvolvimento e de adaptação de outros instrumentos de medida para o construto, em geral, outros autores mantêm-se o MOW como referência de base, uma vez que ainda são poucos os instrumentos que avaliam o significado do trabalho (FERNANDES, GONÇALVES; OLIVEIRA, 2012).

O segundo componente da centralidade do trabalho a escolha da esfera do trabalho como espaço fundamental de autoexpressão baseia-se no fato de que as experiências das pessoas são segmentadas em diferentes subesferas e de que as pessoas diferem em suas preferências por uma particular esfera da vida. A autoexpressão é entendida como a possibilidade de opinar, influenciando nas decisões; de expressar criatividade; de merecer confiança; de proporcionar crescimento pessoal e profissional; de receber reconhecimento pelo que se faz; de sentir-se tratado como pessoa respeitada; e de ensejar o desenvolvimento das habilidades interpessoais (MORIN, 1996). A pessoa participará de esferas de vida menos preferidas, desde que exista recompensa por seu comportamento instrumental, mas ela perceberá maior significância dos comportamentos exercidos na esfera da vida que elas mais preferem (MORIN, 1996).

Borges (1999) e Borges e Alves-Filho (2001) enfatizam duas concepções relacionadas à centralidade do trabalho: a centralidade expressiva; e a centralidade externa. A centralidade expressiva atribui alta centralidade ao trabalho, relacionando-se com os valores do trabalho do marxismo, com o aspecto da horizontalização das estruturas organizacionais e da participação e com a pluralidade de embasamento do poder. Assim, destaca-se um trabalho multiprocessual, rico em conteúdo para alguns e empobrecido para a maioria, sistematizado, instável, de elevada tecnologia em setores avançados e convivendo com vários estilos de estrutura e de gestão organizacional. Já a centralidade externa é caracterizada pela baixa centralidade atribuída ao trabalho, tendo porém aspectos semelhantes à anterior. Diferencia-se ao estabelecer um trabalho instrumental, um igualitarismo relacionado à socialização de aspectos negativos e positivos do trabalho, à horizontalização, à instabilidade. Trata-se e um trabalho leve, em decorrência do fator tecnológico e da diminuição do tempo de trabalho. Destaca o prazer fora do trabalho como principal valor obtido por meio do lazer ou do consumo.

Pesquisa conduzida por Dubin (1976)<sup>2</sup>, citada pela equipe MOW, em 1987, concluiu que trabalhadores com alto nível de centralidade do trabalho valorizam particularmente resultados como: confiança de seus superiores, responsabilidade de

---

<sup>2</sup> DUBIN, R. Organizational Effectiveness: Some Dilemmas of Perspective. **Organizational and Administrative Sciences**, v. 7, p. 7-13, 1976.

seu trabalho, utilidade dos produtos e serviços de sua empresa e chances de crescimento e promoção. Já os trabalhadores com um índice de centralidade baixo buscam os seguintes benefícios: ter tempo livre para necessidades pessoais, conhecer as tarefas com antecedência, poder conversar enquanto trabalham, ter um mecanismo de remuneração satisfatório e trabalhar em um ambiente moderno.

Segundo Morin (1996), é preciso considerar outras razões para se avaliar o alto nível de centralidade do trabalhador. Em primeiro lugar, cita: a correlação entre trabalhadores com índice alto de centralidade do trabalho e empregos de alto nível, isto é, empregos estimulantes intelectualmente e com status mais elevado. Condicionantes pessoais e sociais, tais como, experiência anterior, *background* familiar e histórico de recompensas, podem interferir na expectativa dos trabalhadores em relação ao trabalho. Além disso, é preciso considerar diferenças culturais, na medida em que a visão de trabalho como instrumento de realização pessoal pode apresentar diferentes graus de relevância e sentido segundo a sociedade analisada. A autora baseia suas considerações nos estudos sociotécnicos realizados pelos psicólogos Hackman e Oldhan (1975).

Hackman e Oldhan (1975) explicam que um trabalho que tem sentido é relevante, proveitoso e genuíno para o indivíduo que o realiza. Nesse sentido, apontam três atributos primordiais: a) variedade de tarefas, que possibilita a utilização de competências diversas, de forma que o trabalhador se identifique com a execução; b) trabalho não alienante, em que o trabalhador consegue identificar todo o processo – desde sua concepção até sua finalização e perceber seu significado do trabalho, de modo a contribuir para o ambiente social, a autonomia, a liberdade e a independência, para determinar a forma como realizará suas tarefas, o que aumenta seu sentimento de responsabilidade em relação a elas; e c) retorno (*feedback*) sobre seu desempenho nas atividades realizadas, permitindo ao indivíduo que faça os ajustes necessários para melhorar sua performance (HACKMAN; OLDHAN, 1975).

Morin (1996) compartilha com a ideia de Hackman e Oldhan (1975) ao explicar o sentido do trabalho como uma estrutura afetiva formada por três componentes: significado, orientação e coerência.

O significado refere-se às representações que o sujeito tem de sua atividade, assim como o valor que atribui a ela. É a generalização e a fixação da prática social humana representada por instrumentos, técnicas, linguagem e relações sociais (MORIN, 1996).

A orientação é sua inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que guia suas ações. Envolve um propósito, uma intenção, um objetivo pessoal que guia as ações da pessoa ou “uma função do trabalho em sua vida” (MORIN, 1996, p. 272). A autora enfatiza que o trabalho preenche duas funções na vida: uma utilitária, caracterizada pelo foco no alcance de objetivos econômicos; e uma expressiva, que é representada pela realização pessoal e social/contribuição para a sociedade (MORIN, 1996).

A coerência é a harmonia ou o equilíbrio que ele espera de sua relação com o trabalho. Ou seja, refere-se à harmonia ou ao equilíbrio que alguém espera entre sua vida interior e sua vida em sociedade, a qual ocorre por meio de atos de engajamento orientados por um propósito transcendental, produzindo o efeito procurado. Ou seja, o sentido.

[...] a necessidade de transcendência corresponde à necessidade de ultrapassar-se não no sentido restrito da autorrealização, mas no sentido de conseguir executar alguma coisa que force o indivíduo a sair fora de si, a se distanciar de seus interesses pessoais e egocêntricos para concentrar seus esforços em um modo autêntico de existência que traga acréscimo ao mundo (MORIN, 1996, p. 277).

Com isso, o conceito de autorrealização representa a necessidade de uma satisfação não apenas individual, mas também coletiva. A coerência diz respeito ao relacionamento do eu com o ambiente, a sua ligação com o mundo externo (MORIN, 1996).

Estudos realizados por Morin (2001) na França e no Canadá possibilitaram definir que um trabalho com sentido pode ser influenciado por quatro variáveis subjetivas: a) significado do trabalho - entendido como a concepção do que é trabalho para o indivíduo; b) valor - grau de importância, centralidade que o sujeito atribui ao trabalho; c) valores éticos individuais; e d) motivo - a razão pela qual ele trabalha.

Esses fatores são altamente influenciados pelo meio no qual o indivíduo está inserido (cultural e social). Além disso, seu contexto social e cultural influencia sua posição a respeito do tema. Enfim, entende-se que um trabalho com sentido é aquele que realiza, satisfaz e estimula o sujeito em termos da execução de suas tarefas.

O trabalho é rico de sentido individual e social; é um meio de produção da vida de cada um, ao prover subsistência, criar sentidos existenciais e contribuir para a estruturação da identidade e da subjetividade do sujeito. O sentido do trabalho é fortemente influenciado pela organização do trabalho, pois esta é capaz de alterar os comportamentos dos trabalhadores de tal forma que passem a refletir atitudes positivas em relação às funções que executam, à organização e a eles mesmos (MORIN, 2001). A autora ainda ressalta que

[...] a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e desenvolver suas competências, de desenvolver seus julgamentos e seu livre arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar (MORIN, 2001, p. 9).

Dejours (1998) afirma que o trabalho precisa fazer sentido para o próprio sujeito, para seus pares e para a sociedade. Reforça que o sentido do trabalho considera dois componentes: a) conteúdo significativo em relação ao sujeito - as dificuldades práticas das tarefas e a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão (noção que contém a ideia, ao mesmo tempo, de evolução pessoal e de aperfeiçoamento); e b) conteúdo significativo em relação ao objeto - relacionado à posição social implicitamente ligada ao posto de trabalho determinado. O sentido do trabalho, dessa forma, favorece a construção da identidade pessoal e social do trabalhador, por meio das tarefas que executa, do seu trabalho, permitindo-lhe identificar-se com aquilo que realiza.

Argumentos colocados por Oliveira *et al.* (2004) vão ao encontro das ideias de Dejours (1998) e Morin (2001), pois sustentam que o trabalho que tem sentido deve ter objetivos claros e que seu resultado deve ser valorizado por aqueles que o realizam, além de possibilitar autonomia na administração das atividades, favorecendo aqueles que o executem na utilização de competências próprias para

atender aos desafios propostos. Para Dejours (1998), isso significa defender a concepção de um sujeito responsável pelos seus atos e capaz de pensar, de interpretar os sentidos da situação em que se encontra, de deliberar ou de decidir e de agir com inteligência. Todavia, a posição dessas competências dependerá da forma como o trabalho se mostra organizado. Esse assunto faz parte da Psicodinâmica do Trabalho.

### **3.2 Psicodinâmica do trabalho**

A Psicodinâmica do Trabalho começou a ser desenvolvida, como uma ampliação teórica da Psicopatologia do Trabalho, disciplina científica que nasceu na França no pós-guerra e que nos anos de 1950-1960 foi utilizada para a investigação clínica de doenças mentais e síndromes provocadas pelo trabalho (DEJOURS, 2011a).

Dejours (2011a, p. 63) considerava que a Psicopatologia do Trabalho “parecia naturalmente dedicada à análise, à superação e, eventualmente, ao tratamento das doenças mentais”, com foco na patologia. Contudo, apresentava limites em relação à ação e à mudança da realidade, o que o levou a considerá-la um insucesso teórico-prático. Neste contexto, Dejours (2011a) percebeu a necessidade de avançar na compreensão de como os trabalhadores vivenciam o trabalho e o sofrimento por ele gerados.

Christophe Dejours, médico francês com formação em psicossomática e psicanálise, responsável pelo Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação, de Paris, e docente do *Conservatoire National des Arts et Métiers*, propôs a criação de uma disciplina no campo científico que permitisse realizar a passagem da patologia, até então focada nas doenças mentais, à normalidade, com especial atenção ao sofrimento do trabalho e às defesas utilizadas contra esse sofrimento (DEJOURS, 2011a). Surgiu então, a Psicodinâmica do Trabalho. Sua proposta foi formulada em busca de problematizar e analisar o sofrimento psíquico gerado na relação homem-trabalho, em virtude da dinamicidade das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho (DEJOURS, 2011a). Para Dejours (2000), a normalidade refere-se à composição envolvendo a luta individual ou coletiva contra o sofrimento, que não



implica a ausência do sofrimento. Pelo contrário, é o resultado obtido na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho.

A psicodinâmica do trabalho, de acordo com Dejours (2004), é uma abordagem científica que estuda o sujeito e sua relação com a organização do trabalho, sendo esta determinante do sofrimento mental. A organização do trabalho produz no homem ações específicas em seu aparelho psíquico, tendo em vista que, em determinados contextos de trabalho surge um sofrimento em decorrência do choque entre os desejos pessoais do sujeito que trabalha e os de uma organização que não acolhe os sonhos e esperanças desse sujeito trabalhador (DEJOURS, 1998).

Os estudos de Dejours (2001) fundamentados na psicodinâmica do trabalho têm como característica permitir o acesso à dimensão subjetiva e intersubjetiva do trabalho e dos seus sentidos no ordenamento da sociedade contemporânea. Com base nesta perspectiva, é possível descrever e compreender o funcionamento das organizações e a mudança em suas dimensões, concomitantemente, globais, individuais e subjetivas. Assim, a psicodinâmica do trabalho leva a questionar o estatuto do real na economia geral do prazer e do sofrimento, os mecanismos defensivos e as descompensações psicopatológicas (DEJOURS, 2011a).

Os objetos do estudo da Psicodinâmica do Trabalho são as interações dinâmicas entre a organização do trabalho e os métodos de subjetivação (que conferem sentido construído, embasado no relacionamento do trabalhador com sua vida no trabalho, explicitado em sua forma de presumir, perceber e realizar) (DEJOURS, 1998). Para a Psicodinâmica do Trabalho é importante conseguir compreender como os trabalhadores conseguem manter um equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (DEJOURS, 2001). Para tanto, a Psicodinâmica do Trabalho dedica-se à compreensão de vivências subjetivas de prazer e sofrimento do homem em sua relação com o próprio trabalho, residindo aí, constantemente, o conflito de forças opostas advindas de situações impostas pelas organizações e de suas próprias forças internas, para enfrentá-las. Dedicar-se ao estudo da doença mental e das relações e mecanismos de defesa em movimento, levando-se em conta os construtos sociais nela envolvidos. Trata-se de uma “dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do

sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho” (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994 p. 14).

Outro aspecto importante da Psicodinâmica do Trabalho, segundo Dejours (2011a), é que ela destina-se à coletividade de trabalho, e não aos sujeitos individualmente, não investigando procedimentos terapêuticos individuais, mas ingerências com vistas à organização do trabalho na qual os trabalhadores estejam inseridos. Ainda de acordo com Dejours (2011a), ela incorpora conceitos sociológicos para definir e especificar a organização taylorista, conceitos ergonômicos para definir o espaço entre trabalho real e trabalho prescrito e apreciações psicanalíticas, como a sublimação, para compreender o sujeito que adentra no ambiente do trabalho como veículo de uma história única que foi edificada desde a sua infância.

A construção da Psicodinâmica do Trabalho, fortemente marcada pela preocupação social desde seus primórdios, só tem sido possível pelo contato com o campo do trabalho e com o discurso dos trabalhadores acerca de suas realidades, buscando criar uma abordagem clínica e dinâmica que interfira na possibilidade de agressão mental oriunda da organização do trabalho (DEJOURS, 2011a).

Para Dejours (2001), a Psicodinâmica do Trabalho é, primordialmente uma clínica. Ela se desdobra sobre um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar da cura. Afirmar que ela é uma clínica implica que a fonte de inspiração é o trabalho de campo e que toda a teoria é alinhavada a partir deste campo. Essa clínica do trabalho é, antes de tudo, ação e é indissociável do processo de produção do conhecimento (DEJOURS, 2011a).

Dejours (1998) esclarece que a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho, com base na abordagem clínica, é um processo interativo, em que os próprios trabalhadores colocam em análise suas vivências e os pesquisadores propõem hipóteses a serem discutidas, buscando a compreensão dos aspectos subjetivos do trabalho, a partir dessa discussão, feita em um espaço aberto à deliberação. A clínica do trabalho é o espaço da fala e da escuta do sofrimento que se origina da realidade concreta da organização do trabalho e permite aos trabalhadores a reconstrução de sua capacidade de pensar e, também, de criar mecanismos eficazes, coletiva ou

individualmente, para confrontar situações que provoquem sofrimento e, enfim, buscar o prazer e, conseqüentemente, a saúde no trabalho.

O olhar holístico de Christophe Dejours em relação à Psicodinâmica tem possibilitado a realização de estudos que se preocupam não só com a doença mental, como também com a saúde do trabalhador de forma integral, inclusive nos aspectos sociopsíquicos, salientando problemas específicos dos trabalhadores, como, consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas e fadiga, utilizados pelos trabalhadores como estratégias de regulação, podendo adquirir, inclusive, caráter coletivo (MENDES, 2007).

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho é fonte de realização e prazer, estruturando e complementando o processo de identidade dos sujeitos, que se desenvolve ao longo de toda vida. É por meio do trabalho que se estabelece a mediação entre o mundo externo e o interno do trabalhador. Contudo, o trabalho pode também ser um elemento patogênico, fonte de sofrimento, capaz de comprometer a saúde do trabalhador, a partir do momento em que seu mundo objetivo entra em confronto com as relações de trabalho e as formas de organização. Quando isso ocorre, ele busca, constantemente, mecanismos defensivos para minimizar as causas que o fazem sofrer (OLIVEIRA, 2003). Esses assuntos são tratados nas seções seguintes.

### **3.2.1 O prazer no trabalho**

A abordagem psicodinâmica aponta o trabalho como um estruturante psíquico, que permite ao indivíduo liberdade e realização, ou seja, algo que pode conferir prazer. Se o trabalhador tem a oportunidade de usar de liberdade para se estruturar e de se adequar ao trabalho, ele experimenta o prazer (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). O ser humano é, segundo Freud (1976), movido pelo desejo, e a possibilidade de satisfazer seus desejos causa-lhe prazer.

O prazer no trabalho é um dos elementos centrais para o estabelecimento do equilíbrio psíquico. O prazer está também associado a escolha, que pressupõe apropriação consciente da história de vida do sujeito e do contexto em que as

relações de trabalho se estabelecem. O ser humano não chega ao trabalho desprovido de antecedentes. Não é uma “máquina nova”, possuindo uma história de vida, uma identidade, que serão representadas no trabalho. Por isso, a história do indivíduo determina algumas vias preferenciais de descarga psíquica, que se refere à possibilidade de reproduzir, no trabalho, características pessoais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 24).

Mendes (2001) afirma que o prazer é um dos objetivos do ato de trabalhar. Pode ser vivenciado, na medida em que o trabalho favorece o fortalecimento da identidade, a expressão da subjetividade, a autonomia, os sentimentos de valorização e reconhecimento, a realização pessoal e profissional e a interação social, especialmente pela execução de uma tarefa significativa e importante para a organização e a sociedade.

O prazer no trabalho é um dos caminhos para a saúde porque cria identidade pessoal e social. O ser não é dissociado do fazer. O trabalho não se reduz à tarefa em si, ou ao emprego, é algo que transcende o concreto e se instala numa subjetividade, na qual o sujeito da ação é parte integrante e integrada do fazer, o que resulta na realização de si mesmo (MENDES, 1999, p. 32).

Mendes (2007) assegura que a vivência de prazer no trabalho faz parte do processo de atribuição de sentido construído com base na relação do trabalhador com sua realidade do trabalho, expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos. Portanto, na busca pelo prazer no trabalho é facultado ao homem de hoje recuperar a dimensão subjetiva de sua existência, traçando limites entre seus objetivos pessoais e os da organização, sem perder, todavia, a dimensão da importância do trabalho em sua formação (FERREIRA; MENDES, 2001a).

Ferreira (2010) relata que na dinâmica entre a organização do trabalho e a subjetividade a autonomia favorece as vivências de prazer. Neste caso, a autonomia pode ser entendida como a possibilidade de alteração da prescrição de sua tarefa, de forma a adequá-la à necessidade real do trabalho, possibilitando ao trabalhador o controle de seu modo de desenvolver atividades. Ou seja, é o grau de independência do sujeito em relação às prescrições, aos objetivos e ao método que constituem o seu trabalho. Teoricamente, uma organização de trabalho flexível

valoriza o exercício da inteligência prática, da criação e da invenção do novo. Dessa forma, a autonomia favorece a conquista do prazer no trabalho. O exercício da autonomia articula-se à resistência do trabalhador à dominação, tendo em vista o confronto entre seus desejos pessoais e as normas da organização de trabalho.

O prazer apresenta-se associado à valorização e ao reconhecimento pela organização do trabalho, e a atividade deve ter início, meio e fim. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo, sendo notável e útil para a organização e a sociedade. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade (MENDES, 2007).

Para Pagés *et al.* (1993), o indivíduo passa a ser percebido pela sociedade a partir do reconhecimento profissional. Para alcançá-lo o indivíduo concentra todos os seus esforços na atividade que realiza. Logo, a atividade é um elemento central na relação do indivíduo com a organização. À vista disso, as organizações aproveitam-se desse vínculo para manipular os indivíduos, impondo-lhes seus valores, no sentido de que eles lutem para ser os melhores e, apesar do desgaste, que sejam vencedores e obtenham sucesso. O sucesso profissional seria considerado pelas organizações como fonte de prazer, localizada no campo do inconsciente.

Para Schutz (1974), o prazer é o sentimento que provém da realização do potencial de cada um. Essa realização traz ao indivíduo o sentimento de que pode defrontar-se com seu meio ambiente, a percepção de segurança, de ser uma pessoa importante, competente e amigável, que tem capacidade de lidar com situações à medida que surgem, que tem a capacidade de usar plenamente suas próprias capacidades e de ser livre para expressar seus sentimentos. Segundo Ferreira e Mendes (2003, p. 6), a realização se refere a um “sentimento de gratificação, orgulho e identificação com um trabalho que atende às necessidades profissionais”. No processo de busca e alcance da realização, a autora reforça a importância das interações sociais na compreensão do prazer do trabalhador.

A interação social também é vista como fonte de prazer, porque envolve diferentes sujeitos na relação com determinada realidade, proporcionando ao trabalhador a

sensação de pertencimento (FERREIRA; MENDES, 2003). Compreende-se por interação social a busca de relações sociais positivas no trabalho e de contribuição positiva para a sociedade por meio do trabalho, além da importância da avaliação do outro em relação à pessoa do trabalhador e ao trabalho desenvolvido por este (PORTO, 2008).

Diante do exposto, percebe-se que a vivência de prazer no trabalho proporciona maior participação dos trabalhadores, gerando um ambiente de integração com superiores, colegas de trabalho e o próprio ambiente de trabalho, visando sempre à compreensão das necessidades dos empregados (MORETTI, 2005). Nesse universo, Ferreira e Mendes (2001b) entendem que o trabalho expressa interesses e desejos individuais do trabalhador associados aos organizacionais. Dessa forma, as organizações devem buscar mecanismos que promovam o prazer no trabalho, favorecendo ações de escuta e de troca que possam repercutir na construção de um clima favorável no ambiente do trabalho e na saúde mental do trabalhador, bem como o equilíbrio psíquico do trabalhador.

É possível afirmar que um trabalho que proporcione prazer seja aquele que ocupe um papel central na vida do indivíduo? Em princípio, sim. Um trabalho que implique envolvimento e espaço fundamental de autoexpressão está intimamente relacionado a um trabalho prazeroso (BITTAR, 1997), resultando no funcionamento equilibrado e coerente do ser humano, considerando seus aspectos corporais e psicológicos, e na capacidade sempre renovada de saber adaptar-se às situações mutáveis da existência, sem cair no desespero (CODD, 1997).

A vivência de prazer no trabalho caracteriza-se, portanto, como um estado marcado pela adequação da carga psíquica e, conseqüentemente, pelo melhor funcionamento do aparelho psíquico do trabalhador, derivado da articulação entre o trabalho e as necessidades e os desejos psicológicos do trabalhador. Todavia, o trabalho não é fonte absoluta de prazer, porquanto também gera sofrimento (MENDES; ARAÚJO; MERLO, 2011).

O sofrimento pode ser um mobilizador para a busca do prazer, um sinal de que algo não está bem, tendo a função de possibilitar transformações e a busca de

estruturação psíquica no trabalho, o que traz consequências positivas para a organização (MENDES, 1999).

### **3.2.2 O sofrimento no trabalho**

Segundo Dejours (2000), o sofrimento configura-se a uma vivência de experiências dolorosas, como, angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre os desejos e as necessidades do trabalhador, de um lado e as características de determinado contexto de produção, de outro.

O sofrimento aparece quando o trabalhador não consegue equilibrar os desejos individuais e os objetivos organizacionais, não tendo espaço para desenvolver seu potencial, como afirma Mendes (1994). O trabalho saudável e enriquecedor oferece ao trabalhador a oportunidade de descarregar suas tensões e de canalizar sua energia pulsional. Se isso não ocorre, a tensão transforma-se em sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Ainda na concepção de Dejours (2004), o sofrimento é visto como uma espécie de drama, que mobiliza o sujeito em busca de condições de saúde. O autor afirma que a incompatibilidade entre a história do sujeito, perpassada por sonhos, desejos e necessidades, e os projetos de desenvolvimento profissional em uma organização que desconsidera tudo isso pode gerar um sofrimento psíquico, que, por vezes, surge de maneira bastante sutil, sob a forma de angústia e desconforto.

No confronto entre os desejos da organização do trabalho e os anseios do trabalhador, Dejours (2008) aborda o trabalho prescrito e o trabalho real. Para o autor, o trabalho implica os gestos do saber fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência e o poder de sentir, pensar e inventar. Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. O real para o sujeito é aquilo que se opõe ao controle, que o empurra para pensar e agir de forma diferenciada daquilo que a organização prescreveu. É, em verdade, a resistência aos procedimentos do saber fazer. Cada situação de trabalho leva à elaboração de uma nova regulamentação. E, assim, vão sendo criadas prescrições, em forma de lei, normas e

regras, as quais vão perdendo seu objetivo, que é o de organizar o trabalho, conduzindo a situações de impossibilidade de execução da tarefa.

Para compreender essa dualidade trabalho real e prescrito, é importante estabelecer os princípios norteadores de cada um enquanto diferentes faces do trabalho. O trabalho prescrito é entendido como o modo operatório em que as atividades são organizadas e desenvolvidas - isto é, como o trabalho deve ser realizado. Implica a tarefa propriamente dita vinculada às regras e aos objetivos fixados pela organização do trabalho - ou seja, o que se deve fazer em cada processo de trabalho (DEJOURS, 2008). Já o trabalho real ocorre no contexto propriamente dito, sendo marcado por imprevistos próprios do dia a dia. Caracteriza-se como o modo que o trabalhador adapta o trabalho prescrito à realidade que o cerca. É a atividade desenvolvida pelo trabalhador, ações realizadas no cotidiano, tendo em vista a dinamicidade do processo e suas contradições, a partir de suas próprias capacidades, recursos e escolhas.

Os trabalhadores, por meio de um movimento contínuo de renormatizações, recriam mecanismos de ação, produzindo novos elementos, mediante os saberes adquiridos. Assim, o prescrito é que dita as normas, mas o real do trabalho resiste às prescrições, pois é pleno de imprevistos, de modo que trabalhar é preencher as lacunas entre o prescrito e o real. Ressalta o autor que essas duas faces não se opõem, mas se articulam uma exercendo implicações na outra (DEJOURS, 2008).

Considerando as implicações entre trabalho real e trabalho prescrito, Dejours (2000) explica que o sofrimento é vivenciado quando a relação homem-organização do trabalho é bloqueada, quando o trabalhador utilizou ao máximo suas faculdades intelectuais, psicossensório-motoras, psicoafetivas de aprendizagem e de adaptação, quando um trabalhador utilizou tudo o que dispunha de saber e poder sobre a organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar a tarefa. Enfim, quando esgotou os meios de defesa quanto à possibilidade de evolução em direção ao alívio. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca a vivência do sofrimento. Martins (2008), em uma linha de raciocínio semelhante à de Dejours (2000), afirma que divisão e padronização de tarefas, rigidez hierárquica, baixo envolvimento na tomada de decisão, pouca liberdade



criativa, subutilização da competência técnica e ausência de reconhecimento são os principais elementos que podem gerar sofrimento diretamente ligado à organização do trabalho.

Diante desse contexto, os efeitos patogênicos das más condições de trabalho exigem do trabalhador um esforço, às vezes, muito superior ao de suas possibilidades. Então, a resposta ao sofrimento causado pela organização do trabalho gera fragilização somática, capaz de bloquear seus esforços, segundo Rodrigues e Gasparini (1992).

Dejours (2011a) esclarece, ainda, que o sofrimento pode gerar um processo de alienação, proporcionado pelo trabalho e sua organização, na medida em que uma crise psicopatológica influencia e compromete a identidade do indivíduo, remetendo-o, conseqüentemente, à alienação, que se caracteriza pela extinção dos sinais de resistência diante de uma situação ou processo.

Dejours (2011a) afirma que existem três formas de alienação: a) mental - ocorre quando o indivíduo perde sua relação com a realidade e com o outro, caracterizada por solidão; b) cultural - o reconhecimento ocorre no campo da ilusão e pode ser definida por um vínculo que inclui o reconhecimento do outro, entretanto, distanciando do real; e c) social - manifesta-se em situações em que o indivíduo estabelece uma relação com o mundo real do trabalho, mas não existe qualquer processo de reconhecimento pelo outro, gerando passividade e processos patológicos.

Algumas considerações são feitas por Lhuilier (2011) a respeito da atual configuração do mundo do trabalho, ao observar que as exigências de flexibilidade prejudicam a trajetória das carreiras profissionais, que acabam marcadas por rupturas, mudanças e muitas situações de transição. Apresenta, também, o fato de que essas exigências não só aumentaram a partir da década de 1980, como também reduziram os meios para que o trabalhador pudesse responder a elas. Dessa forma, o processo de coerção se fortalece duplamente, o que gera nos sujeitos grande mal-estar no trabalho e marginalização progressiva.

O trabalhador, no momento atual, vive em extrema insegurança. Esse contexto, oriundo das transformações ocorridas no mundo do trabalho, tem levado à precarização, à redução acentuada do efetivo de trabalhadores no trabalho formal e à terceirização. Isso tem tornado o trabalhador impotente diante de situações que lhe fogem ao controle, restando-lhe apenas submeter-se às imposições do mercado (FREITAS, 2011). Adequar-se às exigências das organizações para conseguir ou manter seu lugar no mercado tem um alto custo para o trabalhador, o que compromete seus projetos pessoais, sua carreira e o convívio social e familiar. Tudo isso compromete todos os aspectos de sua vida cotidiana. A ameaça da perda do emprego, as inseguranças geradas pelo medo de não ser competente o suficiente para corresponder às exigências da empresa, a exposição aos riscos e a intensificação do trabalho deixam o trabalhador fragilizado e desprovido das possibilidades de participar de grupos ou sindicatos e, até mesmo, de constituir uma família (BARROS; CARRETEIRO, 2011).

Entre os principais medos que provocam sofrimento e intimidação aos trabalhadores, de acordo com Dejours (2011a), citam-se: demissão, agressões provenientes de usuários, lideranças autoritárias, acidentes de trabalho, imposições relativas ao tempo e sofrimento devido a repetições frequentes de tarefas. Tais intimidações estão presentes na cultura das organizações cuja gestão esteja pautada em metas, objetivos, resultados, auditorias e avaliação individual do desempenho dos trabalhadores, gerando concorrência, desconfiança, isolamento e “banalização de comportamentos desleais entre colegas” (DEJOURS, 2011a, p. 27).

Cada indivíduo reage de forma diferente às situações adversas que lhe causam sofrimento. Para fazer frente ao sofrimento, o indivíduo faz uso de mecanismos defensivos para evitar os pesares decorrentes do trabalho ou transforma-lo em fonte de prazer, contribuindo para a adaptação do indivíduo às pressões recebidas no exercício de suas funções. Esses mecanismos também atuam como um freio à reapropriação do sentido do trabalho e à alienação, transformando-as em iniciativa e mobilização criativa (MARTINS, 2008; DEJOURS, 2011a). Esse é o assunto da próxima seção.

### 3.2.3 Mecanismos de controle do sofrimento no trabalho

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) definem os mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho como dispositivos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e amenizar a compreensão da realidade que o faz sofrer, de forma consciente ou inconsciente.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, a expressão *mecanismos de defesa* refere-se aos mecanismos utilizados pelos trabalhadores para fazer frente ao sofrimento no trabalho. Entende-se por mecanismos de defesa o “conjunto de operações que visam mitigar perigos à integridade psíquica do indivíduo, que são decorrentes de elementos recalcados de seu nível de consciência”. Surgem a partir das dificuldades de estruturar, em nível consciente, deliberados conteúdos e representações contidas *a priori* em seu registro inconsciente (CANÇADO; SANT’ANNA, 2013).

Diante das dificuldades e da exposição aos riscos e ao sofrimento, o trabalhador desenvolve mecanismos de mediação do sofrimento, marcados pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, para poder suportar as condições adversas no trabalho, minimizar o sofrimento e evitar o adoecimento (MENDES, 2007).

Para Morrone (2001), o uso de mecanismos de defesa favorece o equilíbrio psíquico, por possibilitar o enfrentamento de situações motivadoras de sofrimento. Para que os trabalhadores consigam corresponder às expectativas da organização e não adoecerem, devem empregar esses mecanismos de enfrentamento contra o sofrimento, por meio de atitudes de conformismo, passividade, individualismo, desprezo pelo perigo, hostilidade e indiferença, dentre outras.

De acordo com Dejours (1998), a utilização desses mecanismos de defesa gera resguardo contra o sofrimento e a preservação do equilíbrio psíquico, por assegurar o enfrentamento e o comedimento das situações motivadoras do sofrimento, mas também pode atuar como uma armadilha que torna o sujeito indiferente contra o que o faz sofrer (DEJOURS, 2001).

Percebe-se, então, que os mecanismos de defesa, embora sejam necessários para a continuação do trabalho e para uma real adaptação às pressões e denotem uma atitude positiva para o equilíbrio do trabalhador, evitando a loucura (LANCMAN; SZNELWAR, 2004), também podem funcionar como uma armadilha que anestesia o sujeito contra aquilo que o faz sofrer. Eles também permitem, ocasionalmente, que esse sofrimento seja tolerável (DEJOURS, 2001) ou o mascaram, gerando, com isso, patologias (FERREIRA; MENDES, 2003), ou alimentam a resistência à mudança, necessitando, então, de cautela tanto para se perceber que se faz necessária a sua utilização quanto para limitar sua aplicação.

Mendes (1999) aborda o sofrimento como sendo um processo dinâmico na vida do trabalhador, que compreende as necessidades tanto do indivíduo quanto da organização. Assim, os mecanismos de defesa, de forma inconsciente, permitem que os trabalhadores suportem o sofrimento, racionalizando as situações causadoras de sofrimento, por meio de comportamentos compensatórios. Com o passar do tempo, porém, esses mecanismos se esgotam, passando a ocorrer o desequilíbrio no enfrentamento do sofrimento, fazendo com que o indivíduo aumente suas chances de adoecimento (MENDES, 2007).

Mendes e Ferreira (2007) afirmam, ainda, que o trabalhador, enfraquecido pela precarização da organização do trabalho e pela necessidade de sobrevivência, além da desestruturação do coletivo, alimentada pela cultura da excelência, pregada pelos gestores, adota mecanismos defensivos de mediação do sofrimento, ao invés de se mobilizar para a mudança, reforçando ainda mais a exploração do trabalho em função da produção. Esses mecanismos defensivos têm por objetivo minimizar a percepção do sofrimento, dando ao sujeito um suporte que lhe permita utilizá-lo como proteção.

Os mecanismos de defesa podem ser individuais e coletivos. Os individuais visam à adaptação do trabalhador ao trabalho e podem ser de racionalização ou de negação da realidade de trabalho, que é fonte de sofrimento e adoecimento. Eles são próprios de ambientes de trabalho com aspectos tayloristas, em que há uma divisão clara entre quem planeja e quem executa. Os mecanismos coletivos, por sua vez, funcionam como “regras”. O grupo de trabalhadores, de forma intencional ou não,

cria regras de funcionamento e de convivência que reforçam as defesas. Assim, são fundamentais para a estruturação do coletivo de trabalho. Entre eles, cita-se a virilidade, caracterizada pela exaltação da coragem em relação à negação do perigo e da vulnerabilidade (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013, p. 251).

A racionalização é um tipo de mecanismo defensivo de proteção em que o trabalhador invoca justificativas socialmente valorizadas e/ou apresenta comportamento de apatia, resignação, indiferença e conformidade diante das vivências negativas com o trabalho. Representa a minimização do medo, da angústia e da insegurança (FACAS, 2009; MENDES; ARAÚJO; MERLO, 2011). Quanto à negação, ela consiste em um tipo do mecanismo defensivo de adaptação que tem em suas bases a submissão aos desejos da organização do trabalho e a negação do sofrimento. Essa negação se caracteriza pela naturalização de tal vivência e por comportamentos de isolamento, desconfiança e exacerbação do individualismo (FERREIRA; MENDES, 2003).

Outros mecanismos de defesa comumente descritos na literatura são: a anulação, quando o indivíduo utiliza palavras ou comportamentos que visam negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou atos considerados inaceitáveis; a atuação, como sendo a expressão de um desejo ou impulso inconsciente, por meio da ação, evitando tomar consciência de um afeto subjacente; e a denegação, quando o indivíduo se recusa a reconhecer como seu um pensamento ou um desejo que foi anteriormente expresso conscientemente (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013, p. 251).

São também mecanismos de defesa: deslocamento, quando ocorre a transferência da expressão de uma emoção associada a uma situação particular para outra situação, na qual a emoção pode ser expressa sem risco; formação reativa, quando há transformação de um comportamento, pensamento ou sentimento inaceitável por outros que lhe são diametralmente opostos; e idealização, quando o indivíduo atribui a si ou ao outro de qualidades positivas exageradas (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013, p. 251).

Por fim acrescentam-se: intelectualização, que consiste no emprego excessivo de pensamentos abstratos ou de generalizações para controlar ou minimizar sentimentos embaraçosos; a introjeção, passagem, de modo fantasmático, de fora para dentro, de objetos e qualidades inerentes a esses objetos; projeção, quando o indivíduo atribui ao outro (pessoa ou coisa) qualidades, sentimentos e desejos que ele desdenha ou recusa em si; recalque, quando o indivíduo expulsa da consciência desejos, pensamentos ou experiências penosas; recusa da realidade, quando o indivíduo se recusa a reconhecer como reais certos aspectos exteriores dolorosos ou certas experiências subjetivas dolorosas que, no entanto, são patentes para o outro; e regressão, quando volta a um estágio anterior de desenvolvimento para encarar um conflito (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013, p. 251).

Dejours (1998) defende que, mesmo sendo o sofrimento psíquico intenso, este é controlado pelos mecanismos de defesa da pessoa. No entanto, quando as defesas não conseguem conter a gravidade dos conflitos pelas quais o trabalhador é atingido, este passa a apresentar e a desenvolver uma doença somática.

### **3.3 Características do trabalho do médico oncologista**

Antes de descrever as especificidades a respeito da oncologia, é necessário tecer considerações a respeito da profissão médica. Segundo Hoirisch (2006), vários são os aspectos questionados sobre a razão para a escolha da profissão, cabendo ressaltar que a decisão de ser médico deve ser analisada com base em uma focalização multidimensional. Entre as escolhas mais focalizadas, citam-se: afinidade com as ciências biológicas, amor ao próximo, desejo de praticar o bem para com os semelhantes e desejo de contribuir para o bem-estar da humanidade. Entretanto, o mesmo autor resalta que um dos pontos considerados decisivos para a escolha da medicina é a busca do poder. Ele justifica esse ponto fazendo referência aos documentos médicos (atestados, certidões, laudos ou pareceres) que podem deflagrar interdição judicial e anulação de casamento, bem como atestar perante a justiça, constituindo formas de poder outorgadas ao médico.

No século XIX, a profissão médica e a medicina submeteram-se a mudanças profundas, como a proliferação das doenças infecciosas em consequência direta da

migração, da superlotação das cidades e das precárias condições de vida da classe trabalhadora em decorrência da Revolução Industrial, adquirindo plena autoridade sobre a doença. Desvelar o mistério da doença era uma prerrogativa da categoria médica, nem que fosse apenas no plano simbólico. Portanto, o conteúdo da prática médica consiste em um saber científico e tecnológico baseado na doença, que conduz a um saber moral reconhecido pelos indivíduos, que a ele delegam poder de decisão (CANO, 2008).

Desde o início do século XX, de acordo com Sá e Castro (2000), a formação dos profissionais de saúde, na maior parte, tem sido com base no modelo biomédico, com foco positivista, baseado na fragmentação das disciplinas, na previsibilidade, na objetividade e na controlabilidade. Ainda nessa visão, a medicina desenvolveu-se direcionada ao tratamento das doenças, reproduzindo o saber de modo mecanicista e fazendo do paciente enquanto sujeito apenas um corpo biológico, não levando em conta o papel dos fatores sociais ou da subjetividade individual, o que propicia até nos dias de hoje a discussão sobre a relação médico-paciente.

A formação dos profissionais de saúde, centrada e fundamentada no modelo biomédico, que considera a doença como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma, analisando o corpo como uma máquina, encontra-se impossibilitada de considerar a dimensão humana do sofrimento como parte integrante de suas práticas (CANO, 2008). Nesse processo, a relação médico-paciente ficou prejudicada, pois houve uma supervalorização da doença e de seus sintomas em detrimento da singularidade do paciente, diferente do modelo biopsicossocial elaborado e defendido por Engels, a partir de 1977 (ALVES *et al.*, 2009).

Ao centrar-se no modelo biomédico, Cano (2008) ressalta que um dos problemas mais sérios da medicina está associado à crescente tendência à desumanização, em que a anamnese e os exames físicos são, muitas vezes, dispensados. Há a realização de uma dissociação mente-corpo e os aspectos emocionais e psicológicos do paciente são ignorados, como se não existissem ou não estivessem presentes na gênese, evolução e manifestação da enfermidade. Assim, o desafio atual da medicina está em humanizar essa relação, reconhecendo a alteridade do

paciente, sua possibilidade de autonomia e acima de tudo, a capacidade do profissional de se desenvolver e de sensibilizar-se para a escuta da totalidade do ser humano (RIOS, 2008).

A construção da medicina perpassa a prática e a vivência dos profissionais, imprimindo modos de ser e de agir cotidianamente. A identidade assumida pelo médico passa, muitas vezes, a ocultar preocupações, anseios, incertezas e hesitações, como se a formação acabasse por dicotomizar também o médico, rechaçando aspectos de sua personalidade e humanidade (MELEIRO, 1998).

Na visão de Pitta (2003), o constante contato com pessoas adoecidas ou lesadas fisicamente impõe um fluxo de tarefas que podem ser agradáveis ou não e, algumas vezes, repulsivas e aterrorizantes. Essas tarefas requerem uma adaptação prévia, ou seja, ajustes e adequações de mecanismos defensivos, para alcançar um grau mínimo de satisfação no desempenho de suas tarefas e tentar minimizar o impacto gerado na saúde mental dos médicos (COSTA, 2006).

Sobre o impacto da prática da medicina na saúde mental dos médicos, Meleiro (1998) explica que os sentimentos de culpa e de fracasso, bem como de onipotência diante de situações em que não há o que fazer ou que são limitadas pela própria realidade, acabam favorecendo a instalação de quadros depressivos e a maior incidência de suicídios nesta população. Aliás, o risco de suicídio entre médico em todo o mundo é superior ao da população geral. Dependendo da especialidade, este risco pode aumentar (MELEIRO, 1998).

Meleiro (2005) sustenta que a armadura profissional do médico, caracterizada pelo uso de roupa branca, jaleco e estetoscópio no pescoço, passa a representar símbolos de defesa contra a doença, o sofrimento e a morte, ao mesmo tempo em que oculta a pessoa do médico e seus aspectos “humanos de ser”.

Considerando o grande impacto em termos da saúde mental a que estes profissionais médicos estão sujeitos, Cano (2008) confirma a baixa procura pela especialidade da oncologia em função da peculiaridade de suas atividades.



No Brasil, a primeira modalidade de residência na área da oncologia surgiu em 1946, no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Mas somente em 1977, a partir do Decreto 80.281, foi que se instituiu a residência médica em formato de pós-graduação. O reconhecimento enquanto especialidade médica se deu, oficialmente, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Portaria 1.763/05, publicada em março de 2005, em que se determinou que, a partir dessa data, a especialidade em oncologia teria duração de dois anos, sendo necessário ao candidato possuir dois anos de especialização/residência em clínica médica. O programa devia contemplar o mínimo de 35% da carga horária anual em unidade de internação, o mínimo de 35% em ambulatório e 10% em atividades de urgência e emergência, além de estágios obrigatórios em radioterapia, patologia e cirurgia oncológica, sendo considerados estágios opcionais a oncologia pediátrica, a prevenção e outros, a critério de cada instituição (CANO, 2008).

Cano (2008) afirma que trabalhar em ambientes relacionados à área da Saúde exige habilidades específicas, capacidade para lidar com o sofrimento do outro e a clareza de que a resposta de cura nem sempre se encontra disponível para os profissionais. Para os oncologistas, segundo Cano (2008), lidar com uma doença que, por natureza, apresenta comportamento e evolução instável, os colocam diante do inesperado, do imprevisível.

Ao considerar algumas especificidades da oncologia, há que se levar em conta que as fantasias e os estigmas relacionados ao câncer permeiam não apenas as pessoas de modo universal, mas também os profissionais. Desse modo, mesmo diante da possibilidade de cura, em alguns casos, ou de tornar-se uma doença crônica, o diagnóstico de câncer traz medos de deterioração, sofrimento, dor e morte, que atingem inclusive, os médicos (CARVALHO, 2006). Shanafelt (2005) salienta que o trabalho de médicos oncologistas e as exigências feitas a estes, desde a residência, compreendem viver e enfrentar situações de privação do sono, muitas horas dentro do hospital e pressões da própria especialidade. Também devem lidar com o sofrimento e a morte dos pacientes. Aliada a estas exigências, encontra-se a incapacidade de controlar seus compromissos e afazeres.

Cano (2008) acrescenta que o médico oncologista é obrigado a lidar frequentemente com angústias, conflitos e obstáculos diante de situações de fragilidade, vulnerabilidade, medo, desespero, depressão e agressividade, além da incompreensão dos familiares quanto ao agravamento do quadro clínico de pacientes. A autora compreende que a prática médica, tanto na oncologia quanto em outras especialidades, incluem demandas que em alguns momentos extrapolam a capacidade humana de executá-las. Cita como exemplos a comunicação e a notificação de más notícias.

Quintana (2006) aborda a questão da dificuldade do médico oncologista de estabelecer um diálogo com o paciente com perspectivas desfavoráveis de cura. A dificuldade começa na própria comunicação do diagnóstico, quando é comum a ocultação de informações, geralmente, sustentada pelo argumento de que a notícia poderá levar o paciente à depressão, o que pode gerar agravamento de seu estado geral. No entanto, na maioria das vezes, sob esse manto de proteção encobrem-se dificuldades do profissional da saúde, que receia que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que recebe do enfermo e, principalmente, leve-o a se envolver no sofrimento que essas situações inevitavelmente apresentam.

De acordo com Cano (2008), ao longo de sua trajetória profissional, o médico oncologista vai traçando a sua própria maneira de lidar com as circunstâncias de vida e morte que lhes são apresentados durante seu cotidiano de trabalho, habilidades que durante a formação técnica não foram abordadas adequadamente. Na tentativa de compreender a oscilação de sentimentos e emoções nas unidades de pacientes com câncer, a autora ressalta que no curto espaço de tempo de uma consulta para outra, às vezes em períodos de 10 minutos, os oncologistas experimentam emoções positivas, quando alcançam algum êxito, e emoções negativas, quando se veem diante da não resposta ao tratamento. Mesmo assim, os profissionais parecem não se deter ao que se passa com ele, numa tentativa de evitar essas emoções.

A reflexão que se faz necessária, segundo Cano (2008), não passa pela criação de vínculos entre profissional e paciente nem pela construção de uma barreira

emocional, mas pela necessidade de trabalhar os aspectos da personalidade e da subjetividade dos médicos oncologistas. Considerando que o oncologista clínico convive com situações que despertam nele os mais variados sentimentos, cabe salientar que os sentimentos variam de pessoa para pessoa, pois aquilo que sensibiliza um e lhe faz sofrer pode ser diferente para outro.

Azeredo (2007) ressalta que o indivíduo só está preparado para exercer a medicina quando tiver aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida e o seu enfrentamento deve ser parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano, mantendo sempre à vista a subjetividade dos indivíduos e não coisificando as pessoas e personalizando as coisas.

Para Kovács (2003), lidar com o tratamento de pacientes gravemente enfermos, deixando-os confortáveis e sem dor, é uma das tarefas mais difíceis, pois envolve a necessidade de escuta e de contatos intenso. Segundo o autor, o contato físico resgata a possibilidade de nossa humanidade, da sensação de ainda estar vivo. Ainda de acordo com Kovács (2003), enquanto há vida e o paciente ainda não morreu, haverá tempo de se fazer algo com foco no cuidar, e não apenas no curar, por meio dos cuidados paliativos. Assim, segundo Cano (2008), o médico oncologista pode ser considerado um profissional apto a lidar com as questões que envolvem a terminalidade e a morte. Esta autora complementa dizendo que:

[...] em 1990, a Organização Mundial da Saúde conceitua Cuidados Paliativos, como os cuidados ativos e totais voltados ao paciente, quando a sua doença não responde mais a tratamentos curativos. O controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) passa a ser prioridade, pois alcançar uma melhor qualidade de vida é objeto principal (CANO, 2008, p. 25).

Ressalta-se a importância de refletir que o tratamento do câncer não afeta apenas o paciente, mas também os familiares e os profissionais da saúde, que sentem, sofrem e vivenciam este processo em outros âmbitos influenciando também suas vidas, uma vez que são vidas que cuidam de outras vidas, que merecem ser reconhecidos e cuidados (KOVÁCS, 2003).

## **4 METODOLOGIA**

Segundo Minayo (2007), a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e o instrumental próprio de abordagem da realidade. Assim, a metodologia deve compreender tanto a abordagem quanto as técnicas adotadas para a realização da pesquisa. Para Cervo e Bervian (2002, p. 21), a “metodologia é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um certo fim ou um resultado desejado”. A metodologia também pode ser entendida como sendo uma disciplina que estuda e avalia as diversas formas de pesquisa e que gera ou verifica novas formas que levam à captação e processamento de dados, com o objetivo de resolver problemas (BARROS; LEHFELD, 2000).

Tendo em vista essas considerações, este capítulo descreve os tópicos: “Tipo e a abordagem de pesquisa”; “Unidade de análise e sujeitos da pesquisa”; “Técnica de coleta dos dados”; e “Técnica de análise dos dados”.

### **4.1 Tipo e abordagem de pesquisa**

Para se chegar aos objetivos desta investigação, foi realizada uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo. A abordagem deste estudo serviu para descrever e analisar as manifestações de prazer e sofrimento de médicos oncologistas no exercício de suas atividades profissionais em unidades hospitalares mineiras.

A escolha pela pesquisa descritiva se deu por analisar o fenômeno em sua totalidade, em que, conforme diz Godoy (1995, p. 62), “o ambiente e as pessoas nele inseridas não são reduzidos a variáveis, mas observadas como um todo”, o que permitiu analisar o fenômeno em sua complexidade. Para Vergara (2007), este tipo de pesquisa se propõe a verificar e explicar problemas, fatos ou fenômenos da vida real extraídos do ambiente natural em que ocorrem e analisá-los à luz das influências ambientais, sendo bastante apropriada para as áreas de Ciências Humanas e Ciências Sociais, em que o investigador procura descobrir, com o devido cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece.

Nesta pesquisa, foi utilizada a análise qualitativa, para a compreensão dos dados levantados. Esta abordagem revelou-se a mais adequada ao tema da pesquisa, pois, de acordo com Minayo (2007), trabalha os valores, motivos, desejos e atitudes que constituem a realidade social, na ótica dos atores e das relações. Consiste em oferecer ampla e progressiva compreensão do processo em análise e de sua subjetividade, trazendo à tona aspectos da realidade que extrapolam a quantificação. O caráter qualitativo da pesquisa assume aspecto fundamental no estudo, uma vez que busca a compreensão dos fatos, dos significados e das relações subjacentes à situação estudada no caso, a percepção de prazer e sofrimento de médicos oncologistas no exercício de sua profissão. Portanto, para que a pesquisa pudesse ser realizada em profundidade, o levantamento dos dados ocorreu por meio de entrevista.

#### **4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa**

Na visão de Collis e Hussey (2005), uma unidade de análise é o tipo de caso ao qual se referem as variáveis ou os fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa, sobre os quais são coletados e analisados os dados. Nesta pesquisa, a unidade de análise foi o próprio médico oncologista.

Sujeitos da pesquisa, na visão de Vergara (2007), são as pessoas que fornecerão os dados de que a pesquisa necessita. Neste caso, foram os médicos que atuam no Setor de Oncologia nas unidades hospitalares pesquisadas de Minas Gerais. Foram entrevistados 10 profissionais médicos, dimensionados, *a priori*, sendo 6 médicas e 4 médicos escolhidos aleatoriamente, com base na disponibilidade, que atendem no setor de oncologia de 4 hospitais de grande porte situados em Belo Horizonte MG, sendo 2 privados e 2 públicos. Após as 10 entrevistas, houve a suspensão de novos sujeitos no processo de coleta de dados, uma vez que foi considerada pela pesquisadora a existência de redundância ou repetição nas informações fornecidas, correspondente à saturação dos dados.

Para o critério de saturação, consideraram-se as afirmações de Thiry-Cherques (2009):

[...] a saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado [...]. O esquema de saturação é objetivamente válido à medida que ele satisfaz as exigências lógicas de julgamento em um universo determinado (THIRY-CHERQUES, 2009, p. 20).

Thiry-Cherques (2009) afirma, ainda, com base em métodos empíricos, que em distintos campos com dimensões variadas o ponto de saturação é alcançado em, no máximo, quinze observações e que a incidência de saturação acima desse limite é sugestivo de que o critério de levantamento ou os quesitos selecionados são inadequados e precisam ser revistos.

A escolha desses profissionais como sujeitos desta pesquisa levou em consideração o fato de que eles são responsáveis pelo tratamento de paciente em estado de saúde grave no setor de oncologia, estando envolvidos com uma dinâmica de trabalho que os expõe ao prazer, ao sofrimento e aos riscos de adoecimento. As unidades de oncologia são caracterizadas por aspectos negativos, ameaçadores e temidos, como dor, sofrimento, mutilação, destruição e morte. Diante deste quadro, o indivíduo pode, conforme seus mecanismos defensivos e estratégias de regulação, sejam estes inconscientes e/ou conscientes, vir a se adaptar de maneira adequada dentro das possibilidades existentes ou, ao contrário, estabelecer uma inadequada adaptação (TRINDADE *et al.*, 2007). Essa inadequação pode ser evidenciada pelo progressivo afastamento do profissional do mundo não médico, como um modo de isolamento social. Soma-se a isso a forte expectativa de que o médico deve se colocar à disposição dos outros, estando o cuidado aos pacientes em primeiro lugar, reforçando essa simbiose entre o meio hospitalar, os clientes e a profissão. Dessa maneira, a ausência do médico no convívio de sua família ou em situações não profissionais é socialmente justificada, como se isso não acarretasse prejuízo em outros aspectos de sua vida (TRINDADE *et al.*, 2007).

### **4.3 Técnica de coleta dos dados**

Vergara (2007) explica que os dados devem ser coletados de forma adequada ao tipo da pesquisa, para que o levantamento possa responder ao problema da pesquisa e atingir seus objetivos. Deve haver uma correlação entre os objetivos e os meios para alcançá-los. Nesta investigação, a coleta de dados foi realizada por meio

de entrevista, cujo objetivo foi aprofundar o conhecimento a respeito das vivências de prazer e sofrimento pertinentes ao exercício do médico oncologista.

Vale ressaltar que a coleta de dados na pesquisa não foi exatamente igual ao que propõe Dejours (1992) para estudos em psicopatologia do trabalho. No anexo da obra “A loucura do trabalho: estudo em psicopatologia” o autor sugere procedimentos metodológicos não contemplados no presente estudo, por exemplo: a solicitação de pesquisa não partindo do grupo de pesquisadores, a observação clínica e a discussão dos resultados com os participantes da investigação, fase essa que implica a validação e refutação dos dados. Todavia, o estudo aqui dissertado considerou os procedimentos sugeridos pelo autor que usualmente fazem parte do caminho ortodoxo aplicado a qualquer estudo científico, a saber: o levantamento dos dados em local identificado com o trabalho, o conteúdo colhido, o método de interpretação e a teoria em psicopatologia do trabalho.

De acordo com Sampiere, Collado e Lúcio (2006), as entrevistas se baseiam em guias de assuntos, sendo que o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões, com a finalidade de obter maior informação sobre os temas desejados. Já Triviños (1987) defende que a entrevista privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos pesquisadores, o que permite a participação deles na elaboração do conteúdo da pesquisa, por meio de suas experiências, circunstâncias favorecedoras e enriquecedoras dos aspectos qualitativos da pesquisa.

No momento da entrevista, todos os participantes receberam informações sobre seus objetivos. Após a concessão de autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), a pesquisadora procedeu à entrevista. Os TCLE ficarão arquivados pelo período de cinco anos, a cargo do pesquisador responsável, devendo ser destruídos ao término deste período. O anonimato dos participantes foi assegurado, bem como o pedido para abandonar o estudo a qualquer momento da coleta de dados da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas, na íntegra, para que os relatos dos entrevistados fossem preservados.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos médicos em diferentes hospitais, a partir de contato prévio e de agendamento. O acesso aos médicos oncologistas se deu por meio do convite informal, por telefone e pessoalmente. O roteiro de entrevista usado na abordagem aos profissionais participantes da pesquisa contemplou: o perfil demográfico e ocupacional; o sentido do trabalho, tratando a importância do trabalho e sua relevância para sociedade; o contexto do trabalho, referindo ao ambiente e às funções desempenhadas pelo médico oncologista; as vivências de prazer e sofrimento; e a investigação a respeito dos mecanismos de enfrentamento ao sofrimento (APÊNDICE B).

Ao término das entrevistas, a autora agradeceu aos entrevistados a participação e a disponibilidade e esclareceu sobre a devolução dos resultados, caso fosse de interesse deles. Ao final da entrevista, colocou-se à disposição para qualquer esclarecimento. Da mesma forma, explicou que os dados também retornariam via exposição do trabalho em momento a ser previamente agendado, caso fosse julgado interessante.

#### **4.4 Técnica de análise dos dados**

Neste estudo, os dados colhidos foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), pode-se definir a análise de conteúdo como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (indicadores quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Bardin (1977) distingue três grandes categorias de métodos de análise de conteúdo: a) temática - tenta revelar as representações sociais ou as avaliações dos locutores a partir do exame de certos elementos que compõem o discurso, por exemplo, a frequência dos temas evocados e a avaliação dos juízos formulados pelo locutor; b) formal - tende a nomear sobre as formas e o encadeamento do discurso, por exemplo, a forma de comunicação, o vocabulário, o tamanho das frases e as



hesitações do locutor; e c) estrutural - busca revelar aspectos implícitos na mensagem.

Neste estudo, foi escolhida a análise temática, pois neste tratamento de dados todos os métodos de análise de conteúdo são adequados ao estudo do dito, ou seja, do implícito, pois obrigam o investigador a manter distância em relação a interpretações espontâneas e, principalmente, às suas próprias. Como a comunicação é reproduzida em suporte material, por meio da análise de documentos escritos, permite-se um controle posterior do trabalho de investigação. Essa é uma vantagem da utilização da análise de conteúdo como método de tratamento de dados (QUIVY; CAMPANHOUDT, 1998).

Os procedimentos de análise de conteúdo, ainda na visão de Bauer (2000), reconstróem representações em duas principais dimensões: a) sintática - focaliza signos e suas interrelações nos meios de expressão e de fluência, ou seja, como algo é dito ou escrito; e b) semântica - com centralidade nas relações entre signos e seu significado de senso comum, interessa-se pelo que é dito em um texto, pelos temas e pelas valorações. No caso desta pesquisa, foi utilizada a dimensão sintática, com base na elaboração da classificação das seguintes categorias de análise: a) sentido do trabalho; b) contexto do trabalho; c) vivências de prazer; d) vivências de sofrimento e; e) mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho.

Por meio desse sistema de categorias, foram determinados os aspectos a serem filtrados do material. Em seguida, fez-se a atenuação do material, por meio de sumarização, de tal forma que restassem apenas os conteúdos mais importantes relacionados às categorias (SILVA, 2013). Em seguida, emergiram subcategorias, as quais se destacaram, tendo uma frequência superior a cinco respondentes e recorrendo-se a critérios de repetição e relevância para a interpretação do conteúdo das entrevistas (FRANCO, 2008). Algumas subcategorias foram definidas *a priori* uma vez que claramente foram expressas nas perguntas do roteiro. Como por exemplo, a subcategoria “Liberdade de expressão” contida na pergunta de número 22. Estas subcategorias foram dispostas em um quadro, para melhor visualização dos dados coletados (Quadro 2 que se encontra no capítulo 5).

Para melhor depuração das subcategorias, os dados foram submetidos à análise dos núcleos de sentido (ANS), técnica adaptada a partir da análise categorial, desenvolvida por Bardin (1977), que consiste no desdobramento do texto em unidades, em núcleos de sentido, formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressaltantes do discurso, cuja finalidade é agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições que deem maior suporte às investigações. Foi considerada nesta interpretação a rede de significados revelados no conteúdo dos núcleos (MENDES, 2007). O *status* do núcleo de sentido é dado pela força dos temas, que, ao serem recorrentes, criam consistência em torno do núcleo. Assim, o nome de cada núcleo foi criado a partir da fala dos entrevistados e alinhado às categorias previamente definidas, para se manterem atreladas aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida em seis meses, no período de outubro de 2015 a abril de 2016. Suas etapas foram distribuídas da seguinte maneira: pesquisa bibliográfica; coleta de dados e realização das entrevistas; sistematização e análise das informações; e redação final e revisão de texto. O período de coleta dos dados ocorreu entre 4 a 29 de janeiro de 2016. Vale ressaltar que foram adotados todos os procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos, seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

## 5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à discussão e análise dos dados da pesquisa. Inicialmente, apresenta-se o perfil demográfico e ocupacional dos profissionais médicos oncologistas e em seguida, as categorias: sentido do trabalho, contexto do trabalho, vivências de prazer, vivências de sofrimento e mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho. Logo após, analisam-se as subcategorias e sua correspondência aos núcleos de sentido.

### 5.1 Caracterização do perfil dos pesquisados

O perfil demográfico e ocupacional dos profissionais médicos oncologistas entrevistados é apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 – Perfil demográfico e ocupacional dos profissionais médicos oncologistas

Profissional	Sexo	Idade	Estado civil	Número de filhos	Escolaridade	Tempo na profissão	Quantidade de instituição em que trabalha	Regime de propriedade hospital trabalhado	Tipo de contrato de trabalho	Horas de trabalho semanais
M1	M	36	Casada	1	Especialização	9	4	1 Público 3 Privado	Autônomo	40h
M2	F	45	Divorciada	2	Especialização	17	3	1 Público 2 Privado	Autônomo	60h
M3	M	71	Viúvo	2	Doutorado	46	1	Privado	CLT	Dedicação exclusiva
M4	F	29	Solteira	0	Especialização	2	1	Privado	Contrato	60h
M5	M	33	Casado	0	Especialização	2	1	Privado	Contrato	Dedicação exclusiva
M6	F	37	Casada	1	Doutorado	8	1	Privado	Autônomo	Dedicação exclusiva
M7	M	40	Casado	2	Mestrado	13	5	1 Público 4 Privado	Autônomo	40h
M8	F	41	Casada	1	Superior	10	3	1 Público 2 Privado	Autônomo + CLT	30h
M9	F	26	Solteira	0	Especialização	3	1	Público	Contrato	60h
M10	F	29	Solteira	0	Especialização	3	2	1 Público 1 Privado	Contrato	60h

Fonte: Dados da pesquisa

O Quadro 1 mostra que a maioria dos médicos oncologistas entrevistados é do sexo feminino, possui de um a dois filhos, tem grau de escolaridade variando de ensino

superior a doutorado e trabalha mais de 40 horas por semana. A metade dos entrevistados é casada e trabalha em hospitais tanto públicos quanto particulares.

## **5.2 Análise dos núcleos de sentido: categorias e subcategorias**

A análise dos núcleos de sentido (ANS), técnica adaptada da análise categorial, desenvolvida por Bardin (1977), representa a elucidação do texto em unidades, formadas a partir da investigação dos temas psicológicos sobressaltantes do discurso, com o objetivo de agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições que deem maior suporte às investigações (MENDES; FERREIRA, 2008).

Tal análise implicou a definição das cinco categorias definidas *a priori* - sentido do trabalho, contexto do trabalho, vivências de prazer, vivências de sofrimento e mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho -, as subcategorias e os núcleos de sentido que emergiram do discurso dos médicos oncologistas entrevistados. Dessa forma, as características da ANS permitem explicar os aspectos simbólicos e reais no processo de interação do sujeito com a sua realidade de trabalho (MENDES; FERREIRA, 2008). As categorias de análises, as subcategorias e os núcleos de sentido são descritos a seguir, conforme se apresentam no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias, subcategorias e núcleos de sentido do conteúdo das entrevistas

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Núcleo de sentido</b>
<b>SENTIDO DO TRABALHO</b>	✓ Identificação com o trabalho	Meu compromisso e meu envolvimento são totais.
	✓ Relevância do trabalho para sociedade	Eu posso ajudar e contribuir para a melhoria da saúde e para conforto do paciente.
	✓ Relevância do trabalho para a vida pessoal	O meu trabalho se equipara ao nível da família.
<b>CONTEXTO DO TRABALHO</b>	✓ Ritmo intenso de trabalho	Eu acabo pirando de tanto trabalhar.
	✓ Indisponibilização de recursos técnicos (esfera pública)	O financiamento é muito achatado.
	✓ Disponibilização de recursos técnicos (esfera privada)	O hospital me dá toda infraestrutura necessária.
	✓ Trabalho em equipe.	Ninguém faz nada sozinho.
<b>VIVÊNCIAS DE PRAZER</b>	✓ Realização profissional	Ajudar o paciente a viver mais com menos.
	✓ Conquistas pessoais	Minha profissão permite dar mais valor à vida.
	✓ Reconhecimento do trabalho	O principal reconhecimento vem dos pacientes.
	✓ Liberdade de expressão	Ter uma relação franca tanto com os superiores quanto com os colegas.
<b>VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO</b>	✓ Esgotamento profissional	É cansativo você passar o dia inteiro cuidando de vidas.
	✓ Reconhecimento da organização	Nenhum parabéns, nenhum cartão...
	✓ Controle das emoções	A gente vai ficando calejado.
	✓ Administração de imprevistos	A sociedade espera que o oncologista tenha poderes quase que sobrenaturais.
	✓ Prescrição médica	As drogas são muito pesadas, muito tóxicas...
	✓ Relacionamento familiar	Deixando a família um pouco de lado.
	✓ Relacionamento com a organização	As instituições querem sempre a produtividade.
<b>MECANISMOS PARA LIDAR COM O SOFRIMENTO NO TRABALHO</b>	✓ Compartilhar decisões com os pares (colegas)	Dividir com a equipe diminui a pressão e o sofrimento.
	✓ Autocontrole	Nunca resolver nada com a cabeça quente.
	✓ Crença religiosa	Minha fé me ajuda nas horas difíceis.
	✓ Lazer	Sempre que tenho um tempo vou ao cinema com a família.
	✓ Atividade física	Ter sempre uma válvula de escape.

Fonte: Dados da pesquisa

Para melhor compreensão, a análise de cada uma das categorias é disposta de forma detalhada a seguir, levando-se em conta as subcategorias e os núcleos de sentido pertinentes.

### 5.2.1 Sentido do trabalho

Nesta categoria, emergiram dos depoimentos aspectos referentes a: identificação com o trabalho, relevância do trabalho para sociedade e relevância do trabalho para a vida pessoal.

A subcategoria pertinente à identificação com o trabalho permitiu evidenciar o núcleo de sentido denominado “**Meu compromisso e meu envolvimento são totais**”, o qual se refere à percepção dos entrevistados sobre eles mesmos, isto é, à centralidade do trabalho sob o aspecto da identificação com o trabalho, do envolvimento e do compromisso com ele. O envolvimento pode ser avaliado por meio de elementos, tais como, carga horária extensa, disponibilidade para contato com o paciente, convívio com a família do paciente e dedicação exclusiva. Na percepção dos médicos oncologistas entrevistados, o compromisso e o envolvimento com o trabalho podem ser considerados completos. Os relatos revelam um processo cognitivo consistente de autoidentificação com o trabalho e de reconhecimento do trabalho como condição inerente e necessária à vida, conforme pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Meu compromisso e meu envolvimento são totais. Me dedico vinte e quatro horas por dia à minha atividade. Não tenho outra atividade (M3).

O compromisso, ele é total. Eu dou meu telefone para os pacientes. Eles me ligam durante à noite. No final de semana e sempre que possível, eu dou minha orientação. Eu fico disponível praticamente vinte e quatro horas (M1).

A gente tem um envolvimento total. Trabalho mais de doze horas por dia. Acabo convivendo mais com os pacientes do que com a própria família. Então, a doação é total. Tem que amar muito (M4).

Ao verificar que os respondentes disponibilizam grande parte do seu tempo para o convívio com o paciente, trabalhando com compromisso e envolvimento, eles confirmam sua identificação com o trabalho e o significado desse labor na vida pessoal. Isso corrobora com as ideias de Morin (2001) de que o trabalho é rico de sentido individual, é um meio de produção da vida de cada um, ao prover subsistência e contribuir para a estruturação da identidade e da subjetividade do sujeito. Dejours (2007) afirma que se o trabalho é central, ele é constitutivo da

identidade do sujeito. Dessa forma, o pensamento Dejours (1998) vai ao encontro dos relatos quando o autor afirma que o sentido do trabalho favorece a construção da identidade pessoal do trabalhador, por meio das tarefas que executa, do seu trabalho, permitindo que ele consiga se identificar com aquilo que realiza, promovendo equilíbrio psíquico nos trabalhadores.

No que se refere à relevância do trabalho para sociedade, a análise dos dados nesta dimensão permitiu verificar que o núcleo de sentido pertinente diz respeito à importância da especialidade de oncologia para o serviço de saúde, devido ao aumento da incidência de novos casos de câncer na população mineira (INCA, 2014b), aos aspectos éticos da profissão e a sua relevância para sociedade: **“Eu posso ajudar e contribuir para a melhoria da saúde e para conforto do paciente”**. No que se refere à importância da oncologia como especialidade, seguem as declarações de dois entrevistados a respeito:

Considero meu trabalho com um nível de importância muito grande, porque eu posso ajudar, contribuir para a melhoria da saúde e para conforto do paciente que tem a doença mais avançada. Eu trabalho em hospitais tanto privado quanto do SUS. Então, eu posso ajudar nos dois lados (M2).

Meu trabalho é importante porque são poucos médicos oncologistas tanto aqui em Minas Gerais quanto em outros estados. Então, nosso papel é tentar ajudar da melhor forma possível com diagnóstico precoce (M8).

Em relação à ética profissional, ficou evidente que é fundamental para guiar as condutas médicas, conforme relato:

Hoje em dia, é muito difícil você ver uma pessoa ética. Muito raro. Mas eu me baseio muito na ética. Tenho muito zelo pelo meu CRM, porque pra conseguir foi muito difícil, mas pra perder é muito fácil. A ética deve ser a base do médico. É a primeira disciplina que a gente aprende na faculdade (M10).

Os médicos oncologistas entrevistados consideram o seu trabalho fundamental para as pessoas e para a sociedade, de forma geral, uma vez que suas ações laborais podem minimizar o sofrimento causado pelo câncer, um problema considerado de saúde pública. Por causa do aumento da incidência, o câncer é muito temido pelos indivíduos, em virtude do mau prognóstico (INCA, 2014b). Essa questão pode ser observada na fala a seguir:

O câncer é a segunda maior causa de óbito no mundo. Então, meu trabalho é importante para sociedade, porque eu me dedico a intervir em uma doença causadora de tantos males (M10).

Quando o indivíduo aplica seu potencial para a realização de uma atividade com a qual se identifica, fazendo tudo que é capaz, estabelece uma relação prazerosa com o trabalho. Isso pode ser compreendido como fator estruturante e fundamental para a saúde, como afirma Dejours (2007), para quem a maioria dos trabalhadores se esforça por fazer o melhor, depositando nisso muita energia, paixão e investimento pessoal: É justo que essa contribuição seja valorizada pelas pessoas. Quando ela não é, quando passa despercebida em meio à indiferença geral ou é negada pelos outros, isso acarreta sofrimento, o que é muito perigoso para a saúde mental, devido à desestabilização do referencial em que se apoia a identidade (DEJOURS, 2007).

Quanto à relevância do trabalho para a vida pessoal, nesta subcategoria de análise ficou evidenciado que o núcleo de sentido pertinente diz respeito ao nível de importância do trabalho para a vida pessoal : **“O meu trabalho se equipara ao nível da família”**. Neste núcleo de sentido, os entrevistados demonstraram em seus relatos que o trabalho ocupa uma dimensão de destaque em sua vida pessoal, comparando-se à família. Na percepção dos médicos oncologistas, o trabalho é uma das coisas mais relevantes da vida. A sensação de se sentirem úteis lhes proporciona bem estar, que se manifesta por meio de compaixão, dedicação, empatia, paciência, humanidade e gratidão com o paciente, conforme se pode perceber pelos relatos:

O meu trabalho se equipara ao nível da família, bastante relevante. Eu escolhi ajudar os pacientes oncológicos (M7).

É a segunda coisa mais importante na minha vida, depois da minha família. Então, tem um nível de relevância muito grande (M2).

Meu trabalho vale a pena ser feito. Ele ocupa uma grande parte do meu dia, tanto durante a semana quanto aos finais de semana. Ele é importante para meu sustento e, de alguma forma, eu posso ajudar as pessoas diminuindo o sofrimento (M1).

Alguns elementos que eu me identifico com o trabalho é a compaixão, o carinho, a atenção, empatia com o paciente, a paciência e também o saber ouvir (M1).



A experiência diante do desejo de lutar para manter a vida e de contribuir para melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico torna os entrevistados mais sensíveis em relação aos valores do ser humano, ressaltando a relevância do trabalho na construção da identidade e da subjetividade do sujeito (DEJOURS, 2007). Antunes (2010) assegura que, para existir uma vida cheia de sentido fora do trabalho é necessária uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Ou seja, uma vida privada de sentido no trabalho, é incompatível com uma vida provida de sentido fora do trabalho.

Ao equiparar o trabalho ao nível de relevância da família, os entrevistados demonstram o grau de influência que o trabalho exerce sobre sua vida, e vice versa. Morin (2001) afirma que a razão pela qual o indivíduo trabalha é altamente influenciada pelo meio em que o indivíduo está inserido (cultural e social). Além disso, o contexto social e cultural influencia sua posição a respeito do tema. Enfim, entende-se que um trabalho com sentido é aquele que realiza, satisfaz e estimula o sujeito em termos da execução de suas tarefas.

### **5.2.2 Contexto do trabalho**

Os depoimentos dos entrevistados revelaram que o contexto de trabalho pertinente às funções denota: ritmo intenso do trabalho, indisponibilização de recursos técnicos na esfera pública, disponibilização de recursos técnicos na esfera privada e o trabalho em equipe.

Em termos do ritmo intenso de trabalho, o núcleo de sentido relativo a esta subcategoria diz respeito à intensidade do ritmo de trabalho vivenciado pelo médico oncologista: **“Eu acabo pirando de tanto trabalhar”**. Este núcleo de sentido refere-se à percepção dos entrevistados em relação ao contexto de trabalho no que tange a suas funções, ao contexto de trabalho e aos elementos do ambiente de trabalho considerados adequados e não adequados para a realização da sua função.

Os relatos revelam um setor de trabalho tenso, complexo e difícil, uma vez que não se podem planejar as tarefas, estabelecerem e seguirem uma rotina de trabalho que facilite e organize sua realização, por lidarem com uma doença instável e de mau

prognóstico, além das diversas reações que os tratamentos provocam, juntamente com as peculiaridades da saúde pública hospitalar brasileira.

O ritmo de trabalho dos entrevistados é considerado por unanimidade como intenso e a escassez de recursos humanos é realidade. Alguns descreveram certas atividades que fazem parte de sua rotina no serviço público, a saber: atendimento direto ao paciente, avaliação dos pacientes em enfermaria, prescrição, acompanhamento dos residentes de medicina, discussão dos casos clínicos com residentes e equipe interdisciplinar, parte administrativa, auditoria e faturamento, como afirmaram os seguintes depoimentos dos médicos oncologistas:

Às vezes, na hora do almoço, eu saio rapidinho e vou ao shopping. Uma hora no máximo, porque se eu ficar só aqui dentro do hospital eu acabo pirando de tanto trabalhar (M4).

O ambiente aqui é difícil. A demanda é muito grande. É sempre essa correria, pouco médico. A gente atende todos os níveis de paciente oncológico (M10).

Eu trabalho em um hospital grande. É um dos maiores hospitais de Minas Gerais. Tem a função educacional: os atendimentos direto ao paciente, avaliação em enfermaria, discussão de casos com os alunos de medicina... É uma participação muito ampla, além da participação na parte administrativa, auditoria, faturamento... Tudo acaba também sendo importante na função do médico (M1).

Há concordância de que a totalidade dos entrevistados afirma ser um ritmo de trabalho intenso independente de a instituição ser pública ou privada. O aumento da demanda e a superlotação nas unidades hospitalares, de acordo com Lima Júnior e Éster (2001), são fruto não só do crescimento da população, mas também de um conjunto de fatores, como o baixo número de hospitais, principalmente de média e alta complexidade, localizando-se estes só em grandes centros.

O número de profissionais, considerado pelos entrevistados como reduzido para atender à demanda de pacientes, torna o tempo de trabalho ainda mais corrido. No depoimento dos entrevistados, fica claro que a escassez de recursos humanos implica o aumento das exigências físicas e emocionais, ao impor um ritmo ainda mais acelerado e intenso, podendo agravar os riscos de sofrimento físico e mental. Assim expressa um entrevistado:

A quantidade de pacientes que a gente tem que atender por dia pelo SUS é exorbitante. O serviço está abarrotado de gente e não tem médico e leito suficientes pra tudo isso (M9).

De acordo com Rodrigues e Gasparini (1992), os efeitos patogênicos das más condições de trabalho exigem do trabalhador um esforço, às vezes, muito superior a suas possibilidades. Tal situação influencia a forma de organização das atividades, podendo gerar quadros de ansiedade na equipe, considerando que desenvolve um trabalho totalmente influenciado pelo taylorismo, em que o tempo é primariamente o da produção.

No tocante à indisponibilização de recursos técnicos na esfera pública, a análise dos dados nesta subcategoria permitiu verificar o núcleo de sentido denominado “**O financiamento é muito achatado**”. Este núcleo de sentido se refere às limitações de recursos técnicos enfrentados pelos médicos oncologistas. Cano (2008) salienta que uma das dificuldades vivenciadas em contextos de saúde, como hospitais, refere-se aos problemas decorrentes do sistema de saúde, que acabam, muitas vezes, por limitar as ações dos profissionais, interferindo na satisfação destes e na assistência prestada. Na oncologia, o não acesso pode representar a diferença entre a vida e a morte. Com base nos relatos, os entrevistados demonstraram dificuldade na assistência integral ao paciente, uma vez que o SUS não financia todos os tratamentos possíveis e adequados ao câncer e a morosidade do sistema público acaba prejudicando o tratamento. Isso gera uma sensação de impotência diante da esfera pública, como se observa nestes relatos:

O principal problema é você precisar fazer vários procedimentos essenciais para o tratamento do paciente. Mas você tem uma limitação maior de recursos técnicos, o financiamento é muito achatado. Isso dificulta muito a fazer todos os tratamentos possíveis, por limitação de financiamento. Este é o principal problema do sistema público hoje: ser subfinanciado (M1).

A gente nunca pode oferecer o melhor tratamento para o paciente, porque o SUS não cobre. A gente sabe o que precisa ser feito, mas não pode fazer (M9).

Com base nos relatos, os entrevistados demonstraram que o serviço de oncologia oferecido pelo Poder Público carece de investimentos para melhor atender os pacientes. Seguem declarações de dois entrevistados a respeito:

Principalmente no serviço público que eu trabalho, falta muito insumo, medicamento, seringa... A burocracia é muito grande e a gente tem se confrontado com situações em que precisamos ir atrás de medicamentos, conseguir exames. Então hoje em dia o serviço público de saúde no Brasil está muito desvalorizado (M7).

A gente não pode oferecer o melhor tratamento ao paciente do SUS, porque o SUS não cobre os melhores tratamentos (M9).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) advertem que não existem condições de trabalho ideais. Por isso, a interação entre o trabalhador e seu ambiente laboral é um dos aspectos do contexto de trabalho definido por Mendes e Ferreira (2008), como as representações relativas à organização e às condições de trabalho. Os autores consideram as condições de trabalho como sendo: qualidade do ambiente físico, equipamentos e materiais disponíveis. De acordo com Mendes (2007), as condições de trabalho são consideradas como elementos estruturais de suporte ao exercício do trabalho, as quais funcionam, de algum modo, como estruturantes psíquicos se forem favoráveis ao desempenho do trabalhador e, quando precárias, exigem do indivíduo fortalecer sua capacidade de lidar com a realidade do contexto de produção. Então, pode-se deduzir, a partir dos relatos dos entrevistados, que a escassez de recursos na esfera pública não funciona como um estruturante psíquico passível ao desempenho laboral.

A respeito da disponibilização de recursos técnicos na esfera privada, o núcleo de sentido relativo a esta subcategoria diz respeito ao ambiente favorável para o desempenho de atividades laborais: **“O hospital me dá toda a infraestrutura necessária”**. No momento em que a organização disponibiliza insumos, medicamentos e tecnologia de ponta a seus trabalhadores, estes ampliam suas condições, de maneira otimizada, para executarem suas atividades, proporcionando maior qualidade no tratamento oferecido ao paciente oncológico. Ao fazerem isso, segundo Toledo e Guerra (2009), os empregados são conduzidos ao prazer de trabalhar e de realizar tudo aquilo que eles são capazes. Essas considerações podem ser comprovadas pelos relatos:

Eu trabalho em um hospital que me dá toda infraestrutura necessária para o melhor atendimento ao paciente. O tratamento, os exames, tudo é de primeiro nível e ainda recebo todo suporte da equipe multidisciplinar (M5).

Aqui é muito diferente dos hospitais públicos. A gente lida com os melhores medicamentos, a melhor estrutura física e equipe médica de Minas Gerais. O pessoal que trabalha aqui é muito educado e o ambiente muito tranquilo e confortável apesar de todo o sofrimento que a gente convive (M4).

Aqui o ambiente é bem adequado, muito tranquilo. A gente tem uma boa relação. Então, isso agiliza tudo. Os exames são rápidos. A falta disso em outros lugares prejudica muito o trabalho (M7).

De acordo com Dejours (2004), o modo como se realizam suas atividades, a vivência cotidiana, a organização do trabalho e sua execução, associados às relações estabelecidas com os diversos atores, podem transmitir um sentido positivo e/ou negativo ao profissional de saúde. Bonfim, Stefano e Andrade (2010) atestam que sentir-se satisfeito e motivado no trabalho é importante no contexto organizacional, pois, por meio destes instrumentos, a instituição consegue fazer com que o empregado trabalhe sentindo-se bem, seguro, tendo prazer na realização de suas atividades. Assim, extrai dele uma produção maior e de mais qualidade, o que colabora para o progresso de tal organização e do próprio sujeito. Nos relatos, ficou evidente que o ambiente de trabalho adequado na esfera privada proporciona qualidade de atendimento e bem estar psíquico do trabalhador. Neste contexto, o médico oncologista pode aplicar todo seu conhecimento para a realização de uma atividade com a qual se identifica, fazendo tudo que ele é capaz, estabelecendo, assim, relações satisfatórias com as pessoas e com a organização do trabalho, tendo como consequências o prazer e o equilíbrio na realização de tal atividade (TOLEDO; GUERRA, 2009). Dessa forma, pode-se inferir que as condições de trabalho oferecidas na esfera privada, diferentemente da esfera pública, podem ser consideradas como um elemento estruturante psíquico de suporte ao exercício do trabalho, favorecendo o desempenho do trabalhador e promovendo vivências de prazer.

Quanto ao trabalho em equipe, emergiu desta subcategoria um núcleo de sentido que corrobora os argumentos de Novelli, Fischer e Mazzon (2006) quando afirmam que o trabalho em equipe é um poderoso instrumento para aumentar a produção nas organizações, sendo necessário, para tanto, cooperação e confiança: **“Ninguém faz nada sozinho”**.

Neste núcleo de sentido, os entrevistados revelaram que a integração de diferentes categorias profissionais e de seus respectivos ramos de conhecimento torna-se fundamental para que a assistência ao paciente seja de qualidade. De acordo com Alves (2006), cada profissional possui seu papel definido dentro da equipe e a constante integração entre eles é necessária para que as demandas do paciente sejam supridas. Com base nos relatos a seguir, os entrevistados demonstraram facilidade no entrosamento e cooperação entre a equipe, fator importante na organização do trabalho.

É multifuncional. Eu não trabalho sozinha. Eu preciso de muita gente. Ninguém faz nada sozinho. Eu dependo dos outros e as pessoas dependem de mim. Todos os meus colegas têm uma importância muito grande (M2).

Eu faço encaminhamentos dos pacientes para outros colegas especialistas, para equipe multiprofissional, terapia ocupacional, psicologia, dentista, fisioterapia... A gente tenta planejar efetivamente o tratamento e acompanhar o paciente e sua família da melhor forma (M8).

Aqui, graças a Deus, a gente tem uma equipe multiprofissional muito boa: psicóloga, assistente social, nutricionista, fisioterapia... Então isso ajuda bastante (M9).

Existe o respeito com o colega médico e com os outros profissionais de saúde, no sentido de equipe. Temos uma noção muito clara de multidisciplinaridade (M6).

O compromisso compartilhado de ações e saberes entre os profissionais é imperativo para que o trabalho no setor da saúde seja realizado de forma harmoniosa, em direção a um objetivo comum: o paciente. De acordo com Ferreira e Mendes (2003), os aspectos cooperação e coleguismo produzem efeitos positivos para o enfrentamento das dificuldades que o trabalho produz e auxiliam para o não adoecimento do trabalhador. Em situação inversa, há prejuízos relacionados à saúde para estes trabalhadores.

O trabalho em equipe é um requisito fundamental para a efetividade das práticas de saúde, porque, entre outros, o adoecimento e os agravos são fenômenos hipercomplexos e a ampliação da eficácia das práticas de saúde tende a ser proporcional à capacidade de se promover olhares múltiplos sobre o caso. Ou seja, depende da articulação e coordenação de um conjunto de ofertas tecnológicas que

se apresentam desde os distintos territórios de saberes até as práticas de saúde presentes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2011).

### 5.2.3 Vivências de prazer

Os dados colhidos com os médicos oncologistas permitiram revelar que as principais vivências de prazer no trabalho estão ligadas à realização profissional, às conquistas pessoais, ao reconhecimento do trabalho e à liberdade de expressão.

Sobre a realização profissional, a análise dos dados desta subcategoria permitiu se chegar ao núcleo de sentido chamado “**Ajudar o paciente a viver mais com menos**”. Este núcleo de sentido expressa o sentimento dos entrevistados de se perceberem realizados profissionalmente quando tomam consciência de que são úteis para minimizar o sofrimento provocado pelo câncer e promover a cura. Estes fatos podem ser observados nos relatos a seguir:

Hoje em dia, a gente tem bons resultados. Tem-se conseguido tratar uma doença que antigamente era considerada um atestado de morte. Atualmente, salvamos muitas vidas. Uma outra coisa boa é você ver que as famílias são muito agradecidas e reconhecem seu trabalho, sua dedicação. Acho que isso é muito importante (M7).

É sentir a gratidão dos pacientes, é saber que eu posso ajudar não só do ponto de vista médico, mas como pessoa (M9).

A gratidão do paciente, ajudar o paciente a viver mais com menos comorbidades e sofrendo menos, com menos dor. Isso é muito legal (M4).

Os entrevistados declararam que sentem orgulho pelo trabalho que realizam, manifestado por meio do prazer em trabalhar e do reconhecimento que recebem dos pacientes e seus familiares. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que um trabalho escolhido voluntariamente oferece, geralmente, os meios de descarga mais adaptadas à necessidade do indivíduo, uma vez que o trabalho torna-se uma via de relaxamento, às vezes, a tal ponto que para uma determinada tarefa ele se sinta melhor do que quando a iniciou. Cano (2008) complementa ressaltando que quando os profissionais apontam a satisfação de realizar uma tarefa, como a de auxiliar alguém que precisava, a noção de dever cumprido, de que alcançou aquilo para o

que seus esforços estavam direcionados, isso configura um importante recurso na proteção com relação aos problemas relacionadas ao sofrimento no trabalho.

No que tange às conquistas pessoais, a subcategoria em questão agrupa concepções pessoais, que são fruto da repercussão da prática profissional sobre o ciclo de vida individual, configurando o núcleo de sentido chamado "**Minha profissão permite dar mais valor à vida**". Este núcleo demonstra que a exposição a pacientes portadores de uma doença considerada grave, o câncer, assim como situações de dor e morte, em que a capacidade dos pacientes se encontra limitada devido à patologia, reflete a importância da vida pelos profissionais. Em segunda instância, aparece o conforto material que a profissão proporciona aos médicos e suas famílias, como se observa nos depoimentos:

A gente dá mais valor à vida. A gente deixa de dar tanto valor às pequenas coisas e valoriza a vida como um todo. Essa é a lição que a gente leva do trabalho para casa (M7).

Meu trabalho permite que eu realize meus sonhos (M6).

Minha profissão é muito gratificante. Ela me dá uma sensação de poder ajudar ao próximo. E, financeiramente, não é ruim. Também acho isso importante, porque posso dar conforto para família, mas o principal é poder ajudar (M1).

Todo dia eu posso me transformar em uma pessoa melhor. Eu tenho a oportunidade de fazer coisa boa o tempo inteiro. Graças a Deus, todo dia eu tenho a oportunidade de fazer alguma coisa por alguém (M2).

Minha profissão permite dar mais valor à vida e tudo que a gente tem. Às vezes, a gente fica reclamando de coisas idiotas, de probleminhas que a gente consegue solucionar. Aí, a gente vê, por exemplo, essa minha paciente com 31 anos de idade, gravíssima, com um filhinho de 1 ano e 2 meses, descobriu metástase na cabeça agora. Então, a gente dá mais valor à vida depois que a gente vivencia essas coisas e deixa de reclamar menos dos problemas idiotas (M4).

Os depoimentos aludem que a experiência profissional provoca uma reavaliação da posição deste profissional, daquilo que são suas prioridades, facilitando o desenvolvimento de sua prática. De forma sutil, apareceram com pouca relevância alguns motivos pessoais, tais como, prestígio, status, nível socioeconômico e boas perspectivas profissionais.



Cano (2008) afirma que, ao considerar o imaginário social e o estigma do câncer, acrescidos da possibilidade de ser uma doença incurável, que pode levar à morte, constata-se que esta profissão acaba sendo depositária de expectativas que permitem ao profissional da oncologia perceber a si mesmo como diferente dos outros médicos, das outras especialidades. Essa diferença alude à ideia de alguém que é investido de certo poder. Algumas das razões mais citadas para a escolha da profissão encontram-se relacionadas à ideia de salvar vidas, de ajudar, de tratar, de ser útil ao próximo. Entretanto, inconscientemente, as razões mobilizadas foram: necessidade de reparação, negação da dependência e busca por onipotência, além das defesas contra a própria doença, o sofrimento e a morte.

Relativamente ao reconhecimento do trabalho, a análise dos dados nesta subcategoria permitiu sugerir o núcleo de sentido chamado “**O principal reconhecimento vem dos pacientes**”. Neste núcleo de sentido, os entrevistados declararam a vivência de prazer pelo reconhecimento e gratificação profissional na realização do trabalho expressa pelos pacientes. De acordo com Godoy (2009), o reconhecimento exerce papel significativo na mobilização do sujeito na direção de sua realização. O trabalho pode exercitar situações prazerosas. Sentir prazer com o que faz significa ter maturidade e sensibilidade, tomando consciência da própria individualidade. Esse sentimento é evidenciado a partir das falas dos entrevistados, conforme se segue:

É muito bom quando o paciente responde ao tratamento e a gente repete os exames e vê que o tumor sumiu. O paciente fica superfeliz. Isso é gratidão. Não tem como explicar. O que a gente sente é maravilhoso, indescritível (M4).

O reconhecimento, ele vem principalmente do carinho dos pacientes. Quando a gente vê o paciente saindo da consulta agradecendo e às vezes fala que foi bem atendido, isso é muito gratificante. O principal reconhecimento vem dos pacientes. Mas é claro que de vez em quando um colega comenta dos outros médicos da mesma equipe. Esse reconhecimento também é importante. Mas eu acho que o mais importante é do paciente. A gente aprende muito com ele e ele reconhece o nosso trabalho. Pra mim, já está muito bom (M1).

O reconhecimento alimenta a vontade de continuar trabalhando, continuar vivendo e de sentir-se útil. É o alimento da alma, da vida (M2).

Com relação a esses sentimentos vividos pelos entrevistados, Ferreira e Mendes (2001a) afirmam que o prazer é vivido quando o trabalho proporciona a valorização e o reconhecimento, principalmente, pela realização de uma tarefa de valor para o indivíduo e importante para a organização, além de proporcionar, segundo Lourenço, Ferreira e Brito (2009), gratificação e satisfação no trabalho. Dejours (2004) salienta que esse reconhecimento faz com que, havendo sofrimento no desenvolvimento do trabalho, ele seja transformado em prazer e realização.

Dejours (2007) ressalta que o reconhecimento pode ser compreendido como fator estruturante e fundamental para a saúde, para quem a maioria dos trabalhadores se esforça por fazer o melhor, depositando nisso muita energia, paixão e investimento pessoal, sendo justo que essa contribuição seja reconhecida. Quando ela não é, quando passa despercebida em meio à indiferença geral ou é negada pelos outros, isso acarreta sofrimento, o que é muito perigoso para a saúde mental, devido à desestabilização do referencial em que se apoia a identidade (DEJOURS, 2007).

É o sentido conferido ao reconhecimento pelo trabalhador que propicia a ele a realização de si, por meio da construção de sua identidade, a qual, para Dejours, constitui “a armadura para a saúde mental” (DEJOURS, 2007, p. 34). O reconhecimento é uma fonte de saúde, por ser construtor de identidade para os sujeitos e algo que confere significado e prazer ao trabalho realizado por um indivíduo (HELOANI; LANCMAN, 2004).

As afirmações de Dejours (2007) vão ao encontro das ideias de Pagés *et al.* (1993) quando argumentam que o indivíduo passa a ser percebido pela sociedade a partir do reconhecimento profissional. Para alcançar o sucesso profissional, o indivíduo concentra todos os seus esforços na atividade que realiza. A carreira é um elemento central na relação do indivíduo com a organização. As organizações aproveitam-se dessa possibilidade para manipular os indivíduos, impondo-lhes seus valores, no sentido de que eles lutem para ser os melhores e, apesar do desgaste e do enfraquecimento dos relacionamentos afetivos, que sejam “vencedores” e obtenham sucesso. O sucesso profissional seria considerado pelas organizações como fonte de prazer perfazendo o campo do inconsciente.

Em referência à liberdade de expressão, a subcategoria em análise permitiu evidenciar que os médicos oncologistas chamam de **“Ter uma relação franca tanto com os superiores quanto com os colegas”**. Neste núcleo de sentido, os entrevistados relataram que não há intimidação no ambiente de trabalho e que a chefia está aberta a debates e dá a eles livre-arbítrio na realização das atividades, fatos que são verificados nos relatos seguintes:

Eu não tenho muito problema para me expressar. A gente precisa ter uma relação franca tanto com os superiores quanto com os colegas. Eu não vejo que isso aqui no hospital seja um problema. A gente não fica com medo de falar alguma coisa por causa disso ou aquilo. Eu não tenho problema em me expressar (M1).

Eu não tenho nenhum problema quanto a isso. É só saber conversar e escutar quando a gente erra. A convivência com meus colegas e com a chefia é muito tranquila. Na verdade, a gente precisa saber falar e ter certos cuidados, pra não chegar falando de qualquer forma, independente de quem seja (M8).

A liberdade experimentada pelos entrevistados é um dos indicadores do prazer no trabalho, como apontam Mendes e Silva (2006). Segundo Ferreira e Mendes (2001a), essa liberdade se associa à possibilidade de pensar, falar e agir sobre a atividade que realiza, além de expressar sua individualidade.

#### **5.2.4 Vivências de sofrimento**

Os elementos revelados por esta categoria foram: esgotamento profissional, reconhecimento da organização, controle das emoções, administração de imprevistos, prescrição médica, relacionamento familiar e relacionamento com a organização.

Concernente ao esgotamento profissional, o núcleo de sentido que explica esta subcategoria diz respeito às pressões vivenciadas no cotidiano dos médicos oncologistas: **“É cansativo você passar o dia inteiro cuidando de vidas”**. Este núcleo adensa elementos pertinentes ao desgaste ocupacional, que se expressa por meio de sentimentos de cansaço, estresse, desânimo, sobrecarga e frustração na realização das atividades laborais. Os depoimentos a seguir ilustram tal realidade:

Tem alguns pacientes que demandam mais atenção. Os pacientes mais graves, com muitos sintomas, com a doença mais avançada, estes demandam mais atenção, e a gente é treinado para fazer isso. Então, não é a principal fonte de esgotamento, de cansaço físico, eu acho. O combate à morte, a gente tenta evitar a morte a qualquer custo, mas o oncologista entende que nem sempre é isso. A morte é um processo natural, ela tem que ser encarada com certa naturalidade. No dia a dia, a gente aprende a lidar com isso. É claro que às vezes a morte é inesperada, a morte é sofrida, e impacta na gente, mas é uma coisa que pode ser trabalhada. Mas o que me cansa muito é a burocracia de preencher papel, preencher exames, fazer relatórios, e isso às vezes foge um pouco do que a gente realmente gosta de fazer, que são os atendimentos. A insegurança também me cansa. A gente tem dificuldade de trabalhar, de fazer as coisas, porque, muitas vezes, o procedimento é limitado financeiramente. As limitações de ordem técnica é uma coisa que me desgasta bastante (M1).

Normalmente, o que me deixa esgotada é o excesso de trabalho. Em determinados locais, você tem pacientes demais. Eu gosto do que eu faço, mas vai chegando uma hora do dia que você vai abrindo sua agenda e se dá conta que seu cérebro não vai dar conta de trabalhar. É uma coisa sem fim. Então, isso me esgota quando vou passando do meu limite e percebo a exploração (M2).

Excesso de trabalho, pouco tempo pra dormir, pouco tempo para alimentar, pouco tempo para estudar. Eu gostaria de estudar mais se eu tivesse mais tempo. Eu me sentiria muitas vezes mais segura profissionalmente (M6).

Situação em que me leva a esgotar é tempo de trabalho. É cansativo você passar o dia inteiro cuidando de vidas e chega a noite, muitas vezes, não consegue descansar. Até a própria mente precisa de descanso. Então, trabalhar muito nesta área é um pouco difícil. É diferente de outras especialidades que você consegue atender o paciente mais rápido com uma demanda não muito grande. Mas na oncologia cada consulta ou a cada paciente é uma história diferente que você vive, e não só pelo diagnóstico, tratamento, medicação, é uma história diferente. Então, isso me esgota (M10).

Cano (2008) afirma que a rotina de práticas dos médicos oncologistas envolve o contato íntimo e frequente com situações de risco de vida, como doença, dor, sofrimento e desamparo do paciente e da família, além das vivências associadas a outros fatores evidenciados nos depoimentos, como: excesso de trabalho, limitação de recursos técnicos, insegurança e burocracias administrativas. Diante desse cenário, o profissional vê-se compelido a suportar um conjunto de angústias, conflitos e obstáculos, diante de cada ato e de cada pessoa, estando mais próximo de situações de fragilidade, vulnerabilidade, medo, desespero, depressão e agressividade. Muitas vezes, apesar de seus esforços e intentos, a resposta que recebe é a incompreensão de familiares, que esperavam do profissional uma atitude de salvador, de um quase Deus. Assim, do ponto de vista psicológico, a prática

médica inclui demandas que extrapolam, muitas vezes, a capacidade humana de fazê-las.

Correspondente ao reconhecimento da organização, esta subcategoria toma forma com aspectos de sofrimento que conduzem ao núcleo de sentido chamado **“Nenhum parabéns, nenhum cartão...”**. Este núcleo de sentido refere-se à dimensão do reconhecimento pelo esforço, numa perspectiva subjetivista, refletindo a importância do reconhecimento para os processos de construção de significados, mediando a relação do sujeito com o outro no contexto de trabalho. Dejours (2001) salienta o papel fundamental do reconhecimento do trabalho no destino do sofrimento e na possibilidade de transformar o sofrimento em prazer. Ou seja, a partir do momento em que a qualidade do trabalho é reconhecida, o trabalhador constata que suas dúvidas, decepções e desânimos têm sentido, o que faz dele um sujeito diferente daquele que era antes do reconhecimento. A ausência do reconhecimento por parte da organização é relatada pelos entrevistados:

Quanto maior o seu empenho, maior será a sua frustração em casos em que você não recebe o reconhecimento tanto das pessoas que trabalham com você quanto da organização (M6).

A falta de reconhecimento governamental, institucional é grande (M1).

Receber elogios é realmente muito importante, dependendo do cargo, você ser promovido... são coisas importantes como reconhecimento. Mas, infelizmente, onde eu trabalho não convivo com essa questão de elogios. Eu tenho que buscar vontade de trabalhar na minha vivência diária, porque eu gosto do que eu faço. Por parte do paciente, a gente tem o reconhecimento; das instituições, não (M2).

Você trabalha muito, faz o seu melhor e, em contrapartida, não recebe nada. Nada em nenhum sentido. Nenhum parabéns, nenhum um cartão, nem financeiro, nada da instituição. Isso me incomoda bastante. A gente vivencia muito isso. Diferente do paciente. Deste a gente tem o reconhecimento (M8).

A psicodinâmica do trabalho tem chamado a atenção para o vínculo entre a falta de reconhecimento e os processos de sofrimento, adoecimento e despersonalização. O reconhecimento no trabalho é um dos temas mais instigantes da relação sujeito-trabalho, pois coloca em discussão a importância deste último no processo de construção da identidade pessoal, bem como a importância do outro e dos coletivos

de trabalho no estabelecimento de julgamentos sobre o valor do sujeito e daquilo que ele faz quando trabalha (DEJOURS, 2001). Desse modo, os entrevistados estão predispostos a vivenciar o sofrimento motivado pela ausência do reconhecimento organizacional. Portanto, é desejável que as empresas manifestem reconhecimento em relação ao indivíduo e a suas relações de trabalho na organização, para que os trabalhadores experimentem a satisfação e o prazer de estarem naquele ambiente e, dessa forma, sintam-se mais comprometidos e conectados a todos os objetivos e metas da empresa (SANTOS; GRISCI, 2010).

No que toca ao controle das emoções, esta subcategoria congrega os sentimentos que os médicos oncologistas sentem e as emoções que ocultam diante de situações da prática clínica, cujo núcleo de sentido pode ser denominado “**A gente vai ficando calejado**”. Este núcleo trata principalmente do disfarce dos sentimentos vivenciados no cotidiano dos profissionais médicos oncologistas. Conforme mostram os relatos:

É preciso muito controle das emoções. Por exemplo, essa paciente que eu fui contar que ela tinha metástase. Quando eu cheguei no quarto, foi muito pesado, porque ela começou a chorar e falou que ela ia deixar o filhinho dela pequenininho. Então, eu tive que segurar. Foi muito difícil, mas a gente aprende. A gente vai ficando calejado, mas é ruim. Nossa! É complicado. E a gente tenta abstrair e chegar em casa e não pensar mais nisso (M4).

Tem que se tornar uma pessoa fria em alguns momentos porque você não pode se relacionar com cada paciente, com cada situação que ele esteja vivendo. Você precisa ser uma terceira pessoa, uma pessoa externa para dar conselhos tanto psicológico quanto ao tratamento. Mas, muitas vezes, a gente precisa disfarçar nossos sentimentos, muitas vezes (M10).

Em alguns casos, a gente fica mais tocado, mas não pode deixar transparecer. O médico tem que ser um ponto de apoio, um ponto de confiança. Se o médico deixa transparecer que ele está abalado emocionalmente, eu acho que vai transmitir insegurança para o paciente, e a gente não pode deixar que isso aconteça. E tem o outro lado, em que o médico não pode se envolver emocionalmente com todo paciente que está sofrendo, porque senão isso atrapalha o médico. Então, é aquilo que eu falo: a gente precisa ter a empatia, a gente tem que entender que o paciente está sofrendo, mas eu preciso evitar trazer esse sofrimento para dentro da minha casa, para dentro de mim, porque isso vai prejudicar tanto o paciente quanto o meu trabalho. A gente precisa ter discernimento nesse ponto e a gente é treinado para isso. O oncologista é bem treinado para entender o que está acontecendo e não se envolver emocionalmente tão profundo a ponto de se abalar e dificultar a realização da sua conduta (M1).

Em unidades de pacientes com câncer, as emoções que o médico experimenta permeiam entre a sensação de tudo poder e a frustração de não poder fazer nada

diante da imprevisibilidade dos processos biológicos (KOVÁCS, 2003). Diante do exposto, nota-se que o oncologista defronta-se com diversas situações que lhe despertam os mais variados sentimentos. Muitas vezes, estes são geradores de estresse, instabilidade emocional, tensão e angústia. Cabe salientar que tais sentimentos variam de pessoa para pessoa, pois aquilo que toca a um e que lhe faz sofrer pode ser diferente para o outro, justamente, porque cada um tem sua história de vida.

Ainda que durante a formação médica, para não ser acusado de frágil ou sensível demais, seja instigado a esconder as emoções, com o receio de não ser considerado capaz, Cano (2008) ressalta que o profissional não pode negar suas emoções, mas deve estar habilitado a lidar com elas, pois elas se farão presentes ao longo de sua trajetória profissional. Assim, os aspectos antes relegados durante a formação se fazem presentes no dia a dia da oncologia, bem como a subjetividade do paciente que apresenta uma complexidade que extrapola o funcionamento do corpo físico (HOEFEL; SEVERO, 2011).

Na concepção de Alencar (1989), a necessidade de disfarçar os sentimentos no ambiente de trabalho é uma imposição do mundo moderno, em que se ensina desde muito cedo a controlar as emoções, resguardar a curiosidade e evitar situações que podem resultar em sensações de perda ou de derrota. São as imposições dessa natureza que cooperam para a constituição de barreiras internas ao desenvolvimento criativo e para uma visão restrita dos próprios recursos e habilidades. Diferentemente das barreiras físicas, que são palpáveis e facilmente identificadas, as barreiras mentais e emocionais são construídas lentamente no decorrer da vida do indivíduo, fechando-o para as relações em todas as esferas da vida e produzindo sofrimento.

Alusivo à administração de imprevistos, o núcleo de sentido dessa subcategoria revela as situações inesperadas no exercício da oncologia: **“A sociedade espera que o oncologista tenha poderes quase que sobrenaturais”**. Este núcleo de sentido corrobora o ponto de vista de Quintana (2006) de que pouco se tem trabalhado sobre a formação do médico e como este é preparado para lidar com situações estressantes inerentes a sua prática. Evidencia-se a fragilidade no que

tange a uma melhor integração do papel profissional e dos aspectos pessoais e relacionais da pessoa do médico, tão necessários ao desempenho de sua profissão.

Ressalta-se que os profissionais da saúde que são responsáveis pelos tratamentos oncológicos, por natureza tratamentos invasivos, mutiladores e agressivos, lidam com o sofrimento do outro. Não obstante tais características serem próprias do labor médico, acrescentam-se imprevistos causados pela indisponibilização de recursos técnicos, principalmente na esfera pública. Assim, a situação imposta pelo sistema limita a atuação do oncologista, conforme afirma Cano (2008) quando relata que as condições institucionais nem sempre são condizentes com as demandas dos usuários. Estas, muitas vezes, são inadequadas ou insuficientes, o que reflete na satisfação do profissional e também na qualidade da assistência. Os relatos a seguir retratam a realidade descrita:

O trabalho do oncologista, do médico em geral, hoje é muito mais mágica do que medicina. As unidades estão todas totalmente sucateadas. Não precisa fazer nada pra saber. É só abrir qualquer página de jornal informativo que você vai ver o caos na oncologia. As pessoas esperam muito da oncologia, principalmente porque é uma ciência de ponta. Provavelmente, é a ciência na qual se estuda mais, se avança mais cientificamente. Então, o paciente, a família, a sociedade esperam que o oncologista tenha poderes quase que sobrenaturais, quase que mágicos. Como não tem outro tipo de médico, o paciente pensa que você tem um antibiótico que controla bactéria resistente e tal. Mas o câncer é muito mais inteligente dos que as pessoas pensam. Conheci um outro psicanalista que fala que o câncer é a psicose da célula cancerosa. Quer dizer, a célula é psicótica de fato e quando você vai analisar em termos psicanalíticos, você vai ver que o psicótico é uma pessoa extremamente ágil, extremamente veloz no seu raciocínio e muito difícil de ser controlado (M3).

Os imprevistos são frequentes, principalmente com resultados de exames inesperados (M6).

Todos os dias temos imprevistos. Aqui nós não somos só médicos; somos psicólogos, amigo... As vezes, fazemos parte da família do paciente. Então, todo dia a gente tem que realmente lidar com situações de imprevistos e ajudar da melhor forma possível (M5).

Os imprevistos acontecem sempre: é o plano de saúde, é o paciente que as vezes faz um tratamento e você evidencia que ele progrediu... Então, você tem que estar apta para tomar uma decisão, para trocar o medicamento. São as urgências, os problemas administrativos, problemas pessoais dos pacientes... Isso aumenta o nosso estresse. Naquele momento, torna a vida mais angustiante. Mas quanto ao estresse, meus colegas brincam porque eles não sabem como eu dou conta disso, porque eu sou relativamente tranquila. Agora, eu também não sei (risos) (M2).



Eu sempre tento resolver os imprevistos da melhor maneira: é o medicamento que está em falta, eu tento solucionar o problema explicando para o paciente aguardar mais uns dias. Mas é difícil, porque o tratamento oncológico já é tão difícil, ainda mais com as mazelas do sistema... (M7).

Os depoimentos acima evidenciam a complexidade e a responsabilidade que estão envolvidas nas tarefas do oncologista. Estas não se limitam ao atendimento dos pacientes, muito menos ficam restritas ao período em que estão na instituição, ou seja, o período para o qual foram contratados, o que pode ser comprovado no relato a seguir:

Tenho consciência da minha incapacidade de resolver todos os problemas, mas me dedico 24 horas por dia para tentar ajudar o próximo (M3).

Essa narrativa aponta para a lacuna entre o trabalho prescrito, aquilo que é estipulado como as tarefas do profissional, e o trabalho real, caracterizado por todas as tarefas que o profissional realiza na prática. Enfim, como ressaltam Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), as vivências de sofrimento resultam dos conflitos não resolvidos decorrentes da relação estabelecida com os preceitos da organização do trabalho. O trabalho, mesmo tendo sido livremente escolhido pelo sujeito e tendo afinidade com seu desejo, não é livremente organizado, estando o sujeito limitado e impossibilitado de obter integralmente a satisfação do seu desejo. Cabe ao trabalhador agir sobre o imprevisto, o inesperado (LANCMAN; UCHIDA, 2003). Assim, nesta condição o trabalho abarca imprevistos que podem estar muito distantes do desejo do sujeito. Desse confronto emergem os mecanismos de defesa responsáveis, em parte, pela manutenção do equilíbrio do sujeito ou do coletivo de trabalhadores. Isso será discutido mais adiante.

Atinente à prescrição médica, esta subcategoria demonstra o sentimento de insegurança vivenciado pelos médicos oncologistas no momento de prescrever medicamentos, sugerindo o núcleo de sentido chamado “**As drogas são muito pesadas, muito tóxicas...**”. Neste núcleo de sentido, os entrevistados revelaram a existência do sentimento de insegurança no momento da prescrição, insegurança financeira, insegurança relacionada ao local de trabalho inadequado e limitações do mercado. Mas o que mais chamou a atenção, pela frequência, foi a insegurança na hora da prescrição médica, devido à toxicidade dos medicamentos, aos diversos

efeitos colaterais e a demanda por atualização constante do conhecimento e dos novos tratamentos disponibilizados para combater o câncer, o que pode ser comprovado pelos depoimentos a seguir:

Sim, diversas inseguranças. As vezes, a gente prescreve um tratamento, e mesmo aquilo escrito estando certo a gente fica inseguro, porque, às vezes, o paciente intoxica porque as drogas são muito pesadas, muito tóxicas. Então, a gente tem insegurança, sim (M4).

Eu acho que a gente tem insegurança porque hoje em dia a demanda por conhecimento é muito grande. Eu busco estar atualizado, mas a gente sabe que sempre existe uma coisa nova que às vezes você não leu, não estudou, nem sempre a gente consegue acompanhar o ritmo de conhecimento da internet. Então, essas coisas me deixam inseguro (M7).

Às vezes, nossa limitação, tanto externa quanto interna, que o médico tem, assim como qualquer outro médico, acaba gerando uma certa insegurança (M10).

A prescrição médica aqui é entendida, segundo Hoirisch (2006), como um documento clínico de valor legal, tornando-se responsabilidade daquele que prescreve, manipula, dispensa e administra a terapêutica, seja essa considerada medicamentosa ou não. Tal documento é formado por normas gerais que possuem, como principal objetivo, esclarecer ao paciente e demais profissionais da saúde instruções claras referentes à terapêutica, garantindo a interpretação e a objetividade das informações prestadas. Reconhece-se que, além da debilidade física do paciente, o oncologista precisa estar atento à terapêutica que utiliza, sob pena de incorrer em erros ou imprevistos que possam se tornar fatores geradores de tensão ao trabalho, conforme se observa nos relatos dos entrevistados. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que o sofrimento é individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa e que isso, invariavelmente, acaba repercutindo no ambiente de trabalho. Enfim, este autor afirma que o sofrimento configura-se como uma vivência de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre os desejos e as necessidades do trabalhador e as características de determinado contexto de produção.

Quanto ao relacionamento familiar, o núcleo de sentido evidenciado nesta subcategoria refere-se aos conflitos existentes neste âmbito em decorrência da

situação de trabalho: **“Deixando a família um pouco de lado”**. Os entrevistados declararam neste núcleo de sentido as principais perdas resultantes do trabalho do médico oncologista. Os afazeres e a atuação profissional, muitas vezes, acabam como que espremendo a vida privada em um pequeno canto, como se não houvesse tempo para conciliar as duas esferas. Cano (2008) ressalta que já é sabido que o câncer desperta ansiedade e angústia tanto nos pacientes e seus familiares como nos profissionais. Estes últimos, na tentativa de responder a isso, engajam-se de modo intenso nas atividades profissionais, muitas vezes, perdendo a noção das possibilidades e das necessidades pessoais. No que tange aos conflitos em suas relações familiares, os respondentes declararam que isso ocorre por meio de cobranças por parte da família, conforme expressam:

A gente tem conflito, porque a gente acaba deixando a família um pouco de lado, por mais que a gente tente não deixar que isso aconteça, mas, às vezes, a gente acaba chegando em casa mais tarde, cansado, e às vezes ainda tem que estudar. Então, com certeza, a gente perde um pouco a vida social, deixa de conviver com os amigos, e isso balança a gente (M4).

A gente destina uma carga horária muito grande para o trabalho. Assim, tem de abrir mão de muitas coisas, muitos natais, ano novo, aniversários longe da família... Isso é bem complicado (M9).

Cano (2008) compartilha a ideia de outros autores de que não se pode desprezar o complexo sincretismo da vida privada, entendida como vida pessoal e familiar, e a esfera do trabalho. A dicotomização dessas esferas como duas instâncias distintas é uma ficção do século XIX. A ideia de que a família e o ambiente privado configuram-se como um refúgio do chamado “mundo do trabalho” ignora e acaba por negar a implicação de um âmbito no outro. Além disso, institui a noção de que a pessoa pode ser diferente nos dois ambientes, como se a pessoa não fosse sempre a mesma, em sua totalidade, apesar de agir ou demonstrar atitudes distintas.

Vinculada ao relacionamento com a organização, esta subcategoria revela a dificuldade do oncologista para equilibrar seus desejos individuais com os objetivos das organizações hospitalares em que atuam, expressando o núcleo de sentido: **“As instituições querem sempre a produtividade”**. Este núcleo de sentido confirma as ideias de Mendes (2007) quando sustenta que a sobrecarga de trabalho imposta pela instituição ultrapassa a capacidade dos indivíduos, afastando seus desejos e

fazendo com que eles tomem para si as metas da organização, as quais são cada vez mais altas. Isso agrava o sofrimento, dificultando sua transformação e abrindo a possibilidade para o surgimento de doenças. Seguem os depoimentos que ilustram essa consideração:

As instituições querem sempre a produtividade, e a gente tem outro tipo de sonho. Você quer fazer um trabalho muito bem feito, poder atender o paciente melhor, pedir os melhores exames, tratamentos... Então, existe um conflito. Às vezes, a gente é obrigado a passar por cima daquilo que você quer para se adequar à instituição onde você trabalha. Então, isso gera um estresse. Você estuda, vai para congressos e quer fazer o melhor, mas não pode na maioria das vezes (M2).

É difícil porque muitas vezes a instituição quer de você mais do que você pode oferecer, diferente do seu plano de trabalho, eu tenho que fazer tantas horas e eles querem fazer com que você faça coisas a mais (M8).

Essa dicotomia pode acarretar problemas físicos e emocionais e, por consequência, gerar um efeito negativo na produtividade e nas relações interpessoais (MENDES, 2007). De acordo com a autora, a manifestação, implícita ou explícita, desse sofrimento pode se dar por intermédio de sentimentos como angústia, desprazer, tensão, agressividade, fadiga, alienação, medo, insegurança, ansiedade, solidão, ineficácia, depreciação e desgaste, todos provenientes do conflito entre os desejos individuais e os objetivos das organizações. Esses sentimentos precisam ser evitados, por reduzirem a concentração e a agilidade do raciocínio, tornando o trabalhador menos produtivo e mais susceptível a erros, acidentes e doenças (FIELDLER; VENTUROLI, 2002).

### **5.2.5 Mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho**

Esta categoria revela que diferentes estratégias de regulação são utilizadas para lidar com o sofrimento, por exemplo o compartilhamento de decisões com os pares (colegas), o exercício do autocontrole, a crença religiosa, a atividade de lazer e a atividade física.

Antes de analisar esta categoria, há que se considerar que é praticamente consenso entre os profissionais a questão da necessidade quanto ao uso de estratégias de regulação. Isso se torna muito evidente nos depoimentos quando referem que é

preciso se desligar, desfocar a atenção, separar a vida profissional da vida privada, buscar uma tentativa de esquecer, de amenizar, no sentido de melhor lidar com os sentimentos e as emoções que são despertados no exercício da função.

No tocante ao compartilhamento de decisões com os pares (colegas), esta subcategoria revela a importância do apoio profissional para o enfrentamento das mazelas do trabalho, remetendo ao núcleo de sentido identificado “**Dividir com a equipe diminui a pressão e o sofrimento**”. Este núcleo de sentido revela que o oncologista busca se apoiar nos pares e na equipe para melhor compreender a realidade que o faz sofrer, algo que pode ser observado nos relatos a seguir:

Eu acho que trabalhar em equipe, dividir com a equipe diminui a pressão e o sofrimento. Então, eu tento dividir com os meus parceiros médicos e com a equipe que trabalha comigo (M7).

Uma coisa que ajuda muito é dialogar sempre que possível, discutir com outros colegas os casos mais difíceis que nos deixa angustiados. Dividir a responsabilidade da decisão com outros colegas é importante (M1).

A gente precisa um do outro. Eu não estou sozinha. Tem a equipe pra dividir a pressão (M8).

Mendes (2007) afirma que o trabalhador, enfraquecido pela precarização da organização do trabalho e pela necessidade de sobrevivência, além da desestruturação do coletivo, alimentada pela cultura da excelência, pregada pelos gestores, adota estratégias reguladoras de mediação do sofrimento, ao invés de se mobilizar para a mudança, reforçando ainda mais a exploração do trabalho em função da produção. Essas estratégias reguladoras têm por objetivo minimizar a percepção do sofrimento, dando ao sujeito um suporte que lhe permita utilizá-lo como proteção. Verifica-se que as estratégias de regulação adotadas pelos pesquisados são de ordem individual, denotando que não implicam ações que permitem uma mudança da organização do trabalho. Ou seja, não são capazes de alterar a precariedade das condições de trabalho que conduzem ao sofrimento. Segundo Mendes (2007), as estratégias individuais tendem a surtir efeito momentâneo e se esgotarem com o passar do tempo, algo que pode caracterizar falha no processo de enfrentamento do sofrimento e, por conseguinte, ampliação das possibilidades de adoecimento futuro no trabalho.

A respeito do exercício do autocontrole, esta subcategoria revela a necessidade da adoção de atitudes ponderadas no trabalho, exprimindo o núcleo de sentido “**Nunca resolver nada com a cabeça quente**”. Este núcleo de sentido demonstra que os entrevistados seguem usando mecanismo de defesa individual para adaptar-se à realidade do trabalho. O autocontrole pode ser compreendido como sendo a racionalização do sofrimento, mecanismo de proteção com base no qual o trabalhador invoca explicações para justificar atitudes, crenças ou comportamentos que em primeira instância seriam consideradas inaceitáveis (CANÇADO; SANT’ANNA, 2013). Seguem os depoimentos:

Eu tento resolver tudo com calma, visando o conforto do paciente e nunca resolver nada com a cabeça quente. Depois, a gente tem que procurar abstrair. Sempre que eu tenho um tempinho, faço alguma coisa para abstrair. Vou ao cinema, saio para almoçar fora, só pra sair de dentro desse hospital (M4).

Internalizar o sofrimento alheio, reconhecer nossas limitações, dialogar sempre com os colegas [...] (M1).

Minimizar o sofrimento, como afirma Dejours (2004), passa, frequentemente, por uma tentativa de negação da percepção de sua causa. Por esta razão, os trabalhadores nunca falam diretamente de suas defesas e tentam dissimulá-las para poderem resguardar suas identidades e mantê-las positivadas. Mendes (1999) aborda o sofrimento como sendo um processo dinâmico na vida do trabalhador, que compreende as necessidades tanto do indivíduo quanto da organização. Assim, os mecanismos de defesa, muitas vezes, de forma inconsciente, permitem que os trabalhadores suportem o sofrimento, racionalizando as situações causadoras de sofrimento, por meio de comportamentos compensatórios. Com o passar do tempo, porém, esses mecanismos se esgotam, passando a ocorrer o desequilíbrio no enfrentamento do sofrimento e fazendo com que o indivíduo aumente suas chances de adoecimento (MENDES, 2007).

Relativo à crença religiosa, esta subcategoria retrata que o sentimento de confiança pode servir como apoio às pressões do trabalho, levando ao núcleo de sentido “**Minha fé me ajuda nas horas difíceis**”. Neste núcleo de sentido, os entrevistados evidenciam como estratégia de regulação para enfrentar o sofrimento no trabalho a

crença religiosa no sentido de uma proteção que confere segurança. Desse modo, pode-se pensar na possibilidade de que, quando vista nesse sentido, a religiosidade responda, inclusive, à função de apaziguar e controlar as emoções, conforme relato a seguir:

Primeiro, eu acho que fazer a coisa certa te dá paz. Você trabalha mais leve, diminui bastante a pressão. Depois, minha fé me ajuda muito nas horas difíceis, porque as convicções pessoais você leva para o trabalho e a igreja também ajuda a despressionar bastante (M10).

A necessidade de esquecer, de desligar-se e de deletar as emoções e experiências vividas durante o dia de trabalho aponta para o uso de mecanismos de defesa voltados ao apaziguamento das sensações. Com relação ao uso deste tipo de mecanismo, há que se pensar que, desde a formação, os médicos são induzidos a desenvolver o que se denominou de “calosidade emocional” - ou seja, não se deter àquilo que se passa com eles, para que, com o tempo, estes desenvolvam uma barreira de imunidade aos sentimentos e emoções que emergem do contexto (CANO, 2008).

No que concerne à atividade de lazer, esta subcategoria revela que o uso de passatempos ou de ocupações sociais voluntárias ajuda no combate ao sofrimento no trabalho, cujo núcleo de sentido pode ser chamado de “**Sempre que tenho um tempo, vou ao cinema com a família**”. Os depoimentos ilustram tal realidade.

No meu caso, é lazer. É um cinema, sair com a esposa, ficar com meus filhos... Acho que às vezes a gente consegue chegar em casa e dá uma desligada do trabalho e não ficar pensando em trabalho 100% do tempo. Acho que ajuda (M1).

Sempre que eu tenho um tempo, vou ao cinema com a família. Faço alguma coisa assim para dar uma abstraída. Às vezes, vou almoçar no shopping rapidinho, só pra sair de dentro do hospital (M4).

Segundo Dejours (1998), para que os trabalhadores consigam corresponder às expectativas da organização e não adoecerem, devem empregar mecanismos de defesa contra o sofrimento. A utilização dos mecanismos de defesa gera resguardo contra o sofrimento e a preservação do equilíbrio psíquico, por assegurar o enfrentamento e o comedimento das situações motivadoras do sofrimento, mas

também podem atuar como uma armadilha, que torna o sujeito indiferente contra o que o faz sofrer (DEJOURS, 2001).

Percebe-se, então, que os mecanismos de defesa, embora sejam necessários para a continuação do trabalho e para uma real adaptação às pressões e denotem uma atitude positiva para o equilíbrio do trabalhador, evitando a loucura (LANCMAN; SZNELWAR, 2004), também podem funcionar como uma armadilha, que anestesia o sujeito contra aquilo que o faz sofrer. Eles também permitem, ocasionalmente, que esse sofrimento seja tolerável (DEJOURS, 2012) ou o mascaram, gerando com isso patologias (FERREIRA; MENDES, 2003) ou alimentando a resistência à mudança, necessitando, então, de cautela tanto para se perceber que se faz necessária a sua utilização quanto para limitar sua aplicação.

No que se relaciona à atividade física, esta última subcategoria evidencia que o gasto de energia corporal permite ao médico oncologista preservar a sua saúde, e isso contribui para o exercício de suas funções seguindo o núcleo de sentido “**Ter sempre uma válvula de escape**”. Os depoimentos a seguir representam essa realidade:

Você tem que ter a noção de que não pode fazer tudo. E, quanto ao sentimento de sofrimento, você tem que abstrair e tentar seguir em frente, não ficar só pensando no trabalho, porque você não dá conta. Então, eu faço atividade física. Atividade física me ajuda bastante (M9).

Você tem que ter sempre uma válvula de escape, tipo esporte, uma outra rotina de lazer. Mas é importante conseguir minimizar seus problemas dentro da unidade de trabalho, fazendo as coisas corretamente. Isso minimiza a pressão (M5).

Mendes (2007) afirma que os mecanismos defensivos são necessários à saúde do trabalhador, embora a condição primordial ao equilíbrio psíquico é que o trabalho seja um lugar de prazer, de possibilidade de o trabalhador firmar-se enquanto sujeito, por meio do fortalecimento da sua identidade pessoal e profissional, bem como lugar de reconhecimento, liberdade e valorização do trabalhador.



Mendes (2007) ressalta que o predomínio da utilização dos mecanismos de defesa de forma individual conduz à minimização do sofrimento, mas não à ressignificação e transformação dos aspectos nocivos presentes no contexto de produção, ao passo que a aplicação dos mecanismos de mobilização coletiva implica a redução ou a eliminação do sofrimento e a mudança da situação de trabalho.

Mendes (2007) destaca que o contexto influencia os mecanismos de defesa a serem adotados e que vão prevalecer entre os trabalhadores. Dessa maneira, afirma que os mecanismos de defesa são positivos protegem o sujeito contra o sofrimento causado pelas situações de trabalho geradoras de conflito, mantendo, assim, o equilíbrio psíquico e evitando o adoecimento. Em contrapartida, tornam-se negativos quando alienam o indivíduo, imobilizando-o a contra mudanças.

Dois aspectos devem ser destacados na análise dos mecanismos de defesa adotados pelos médicos oncologistas pesquisados. Primeiro, as estratégias de regulação utilizadas denotam que os mecanismos de defesa parecem se basear na racionalização e no deslocamento ou seja, na criação de explicações (autocontrole e diálogo) para tornar mais aceitável a realidade angustiante ou dolorosa e na substituição dessa realidade por outra diferente e socialmente mais aceita ( igreja, lazer, atividade física). Segundo, observou-se que as estratégias de regulação adotadas pelos médicos oncologistas são de ordem individual, demonstrando que não originam ações que permitem uma mudança da organização do trabalho. Ou seja, não são capazes de alterar a precariedade das condições de trabalho que conduzem ao sofrimento, principalmente na esfera pública. Segundo Mendes (2007), os mecanismos individuais tendem a surtir efeito momentâneo e a se esgotarem com o passar do tempo, algo que pode caracterizar falha no processo de enfrentamento do sofrimento e, por conseguinte, ampliação das possibilidades de adoecimento futuro no trabalho.

Sintetizando os resultados da pesquisa, os dados colhidos apontam que os médicos oncologistas entrevistados conferem sentido ao trabalho que realizam, uma vez que se identificam com as tarefas que desempenham e acreditam que elas são relevantes para a sociedade e para si próprios. O ritmo intenso de trabalho, a indisponibilização de recursos na esfera pública, em oposição ao que se observa na

esfera privada, e o trabalho em equipe foram os elementos mais relevantes que caracterizam o contexto de trabalho dos médicos. Os indicadores que apontam o prazer dos oncologistas no exercício de suas funções se associam a: realização profissional, conquistas advindas do trabalho, reconhecimento recebido do paciente e liberdade que experimentam por expressarem opiniões com superiores e pares. Em contrapartida, o sofrimento se faz presente nas atividades que executam, pois lidam com a morte rotineiramente, precisam controlar as emoções e administrar imprevistos para transmitir segurança ao paciente, não se sentem valorizados pelos esforços que dedicam às organizações hospitalares, vivenciam insegurança na prescrição de medicamentos e sentem dificuldade em equilibrar a vida privada com a profissional. Para lidar com o esgotamento que esses elementos provocam, os médicos oncologistas fazem uso de estratégias de regulação ancoradas em autocontrole, conversas com os pares, religião e prática de atividades físicas e de lazer. Tais estratégias de regulação denotam que os mecanismos de defesa dos médicos oncologistas parecem se basear na racionalização e no deslocamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa relatada nesta dissertação buscou descrever e analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do médico oncologista que atua em unidades hospitalares mineiras, com base na abordagem da psicodinâmica do trabalho. Para tanto, foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, com foco no contexto de trabalho em que atuam os médicos oncologistas, procurando-se descrever o sentido que eles atribuem a seu trabalho, identificar as vivências de prazer e sofrimento que experimentam no exercício de suas funções no trabalho e os mecanismos de defesa que utilizam para lidar com o sofrimento no trabalho. A abordagem foi do tipo qualitativa, objetivando compreender em profundidade a dinâmica de trabalho de médicos oncologistas no exercício de sua profissão.

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por 10 médicos que atuam no setor de oncologia em diferentes unidades hospitalares situadas no estado de Minas Gerais, escolhidos por acessibilidade. Os dados foram colhidos por meio de entrevista, baseada em um roteiro elaborado previamente. Os dados colhidos foram tratados por meio da análise de conteúdo, cujas etapas implicaram a consideração de categorias de análise que, no caso desta dissertação, referem-se aos objetivos da pesquisa pertinentes ao sentido do trabalho em termos de centralidade, contexto do trabalho, vivências de prazer e sofrimento e os mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho.

Em relação ao sentido do trabalho, evidenciou-se que os médicos oncologistas entrevistados se identificam com o trabalho de maneira positiva, fazendo aquilo de que gostam, com compromisso e empenho, desenvolvendo seu trabalho da melhor maneira possível e disponibilizando a maior parte de seu tempo para o exercício da profissão. Reconhecem a relevância do seu trabalho para a sociedade como fundamental para o serviço de saúde e sentem-se satisfeitos e motivados pessoalmente, na medida em que percebem que os pacientes estão satisfeitos com seu desempenho e demonstram gratidão.

Descreveu-se o contexto de trabalho, evidenciando que o ritmo de trabalho do médico oncologista é intenso e caracterizado por grande demanda de atendimento, assistência direta ao paciente com estado de saúde crítico e fragilizado emocionalmente. Além disso, eles consideram que o ambiente de trabalho é complexo, devido às várias funções que desempenham ao longo da jornada de trabalho, como educacional no acompanhamento de residentes, auditoria, faturamento, atendimento e discussão de casos clínicos. Na esfera pública, convivem com a indisponibilização de equipamentos e de instrumentos necessários ao adequado desenvolvimento de suas atividades gerando insegurança. No que diz respeito à esfera privada, os médicos relataram que o ambiente é favorável e tranquilo, com presença de recursos adequados e que se sentem seguros. Foram unânimes em declarar que não trabalham sozinhos e que a presença da equipe multidisciplinar é fundamental para a qualidade da assistência prestada, assim como o bom relacionamento interpessoal com a equipe.

No que se refere às vivências de prazer, verificou-se que os entrevistados sentem-se realizados profissionalmente, uma vez que podem contribuir para o alívio do sofrimento e até a cura do paciente. Também sentem orgulho pelas conquistas pessoais, reconhecimento e valorização. Além de se sentirem livres para expressar suas opiniões a respeito do trabalho, perante a chefia e os colegas.

Já no que diz respeito às vivências de sofrimento, percebeu-se que os médicos oncologistas consideram ter uma sobrecarga emocional pelo convívio diário com pacientes graves. Declararam ter também sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas, o que gera um esgotamento profissional. Relataram que o tratamento dispensado a eles pela instituição pública é frustrante, pois não reconhecem os esforços desempenhados por eles. Em relação ao controle das emoções, declararam que, apesar de em alguns casos ficarem comovidos pela situação, é necessário disfarçar os sentimentos, para não transmitir insegurança ao paciente, e reconheceram que transmitem frieza em alguns momentos. Com relação às habilidades para resolver problemas e administrar situações imprevistas no dia a dia de trabalho, declararam que o médico precisa fazer mágica para tentar minimizar os transtornos provocados por diversos fatores, como problemas com o plano de saúde, falta de financiamento do SUS e as surpresas oriundas do próprio câncer.

Além disso, a maioria dos médicos declarou que sente insegurança no momento da prescrição médica, pela falta de suporte técnico e pelo sucateamento do sistema público de saúde, por estarem cientes da complexidade do tratamento e dos efeitos nocivos que as drogas causam ao paciente. A percepção do sofrimento se manifesta também no relacionamento familiar, ao declararem a existência de conflitos motivados pelo excesso de trabalho e pela indisponibilidade de tempo. Manifestaram desequilíbrio entre os desejos individuais e os objetivos da organização hospitalar, uma vez que o foco das organizações está na produtividade e, conseqüentemente, na geração de lucro.

Percebeu-se que os entrevistados utilizam mecanismos de defesa individuais para lidar com o sofrimento no trabalho, tais como: compartilhar decisões com os colegas; exercitar o autocontrole; procurar alguma maneira de relaxar com a família, amigos e lazer durante o tempo disponível, desligando-se do trabalho; voltar-se para a religião; e praticar alguma atividade física.

Com base em uma síntese geral dos resultados encontrados, apurou-se que os médicos oncologistas em estudo experimentam momentos de sofrimento e de prazer no exercício da profissão diariamente. Em relação às vivências de sofrimento, destacaram: esgotamento no trabalho; falta de reconhecimento da organização; forte controle das emoções; constante administração de imprevistos; insegurança no momento da prescrição médica e conflito no relacionamento familiar e no relacionamento com a organização. Quanto às vivências de prazer, destacaram-se: realização profissional; conquistas pessoais; reconhecimento do trabalho por parte dos pacientes; e liberdade de expressão.

Diante dessas considerações, cabe ressaltar a dificuldade de acesso aos sujeitos desta pesquisa, uma vez que se trata de pessoas resguardadas e pouco disponíveis para o diálogo. De modo geral, os médicos oncologistas que se dispuseram a ser entrevistados mostraram-se interessados na pesquisa, sendo que em vários momentos facilitaram a entrada da pesquisadora no setor de oncologia. Outro ponto que merece destaque prende-se ao fato de os entrevistados declararem insegurança no momento da prescrição médica. Este dado parece evidenciar a necessidade de

ampliar a discussão a esse respeito a fim de evitar terapêuticas danosas à saúde do paciente.

Outra questão que merece destaque observado durante as entrevistas vincula-se ao sucateamento do serviço público de saúde e a precarização do trabalho do médico. Verificaram-se hospitais sobrecarregados com as demandas de outras cidades mineiras que não possuem atendimento oncológico, condições de trabalho desfavoráveis, desrespeito à cidadania e transferência de responsabilidades pela inoperância e insensibilidade dos gestores para os profissionais de saúde.

Observaram-se ainda unidades de oncologia em condições precárias, profissionais e pacientes se queixando do atendimento caótico, ausência de funcionários em geral, suspensão de cirurgias oncológicas por falta de materiais, emergências superlotadas, falta de medicamentos específicos para o tratamento oncológico e elevado número de pacientes aguardando por tratamento especializado em filas que podem demandar meses a anos. Enfim, há no estado uma deficiência tanto de recursos humanos quanto de infraestrutura. Há carência de médicos e outros profissionais de saúde e excesso de hospitais malconservados e de equipamentos sucateados, superados e que não são substituídos. Os recursos para o serviço público de saúde são muito tímidos em relação à imensa dívida social que se tem para com a população em termos de atenção a saúde, visto que os valores das consultas e dos procedimentos estão defasados e os recursos para o setor de oncologia são visivelmente insuficientes. Além disto, verificou-se que na rotina diária, o médico oncologista convive com as singularidades dos pacientes o tempo todo além das suas próprias e parece estabelecer limites em termos sentimentais e psicológicos. Eles parecem encontrar na frieza e no distanciamento o escape para não se envolver com o sofrimento e a angústia dos pacientes e seus familiares. Entretanto, um custo aparenta ser pago pela utilização desses elementos, ou seja, resta ao profissional da oncologia, conforme evidenciado pela pesquisa, controlar suas emoções e manter uma couraça capaz de protegê-lo dos dissabores que vivenciou e teve que esconder ao longo de toda a sua carreira.

Este estudo contribuiu de maneira acadêmica para a ampliação dos conhecimentos sobre prazer e sofrimento de médicos oncologistas no contexto da realidade

brasileira, de forma qualitativa, em que o tema pôde ser analisado em profundidade. Serviu também, para acrescentar subsídios aos estudos realizados com base na Psicodinâmica do Trabalho, a partir dos referenciais teóricos e das pesquisas desenvolvidas por Christophe Dejours desde os anos de 1980.

A pesquisa também contribuiu, em termos organizacionais para que os gestores de hospitais utilizem as percepções dos médicos oncologistas em termos de sofrimento, para adotarem políticas de gestão de pessoas que minimizem essas vivências e, realmente, favoreçam o prazer destes profissionais. Os gestores poderão, inclusive, estender essas políticas aos demais profissionais de saúde, contribuindo, dessa forma, para melhorar as condições de trabalho hospitalar.

Como todo estudo, esta pesquisa possui suas limitações. Primeira, a inacessibilidade aos médicos oncologistas. Segunda, o fato de não terem tempo disponível, devido ao intenso ritmo de trabalho.

Sugere-se para estudos futuros dar continuidade a pesquisas qualitativas que combinem elementos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho e do sentido do trabalho (centralidade) em diferentes categorias populacionais, uma vez que este estudo configura-se como precursor neste segmento, além de abordar o tema tratado nessa dissertação, comparando médicos oncologistas que atuam na esfera pública e na esfera privada de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, E. M. L. S. A repressão ao potencial criador. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 11-13, 1989.

ALVES, A. N. O.; MOREIRA, S. da N. T.; AZEVEDO, G. D. de.; ROCHA, V. M. da.; VILAR, M. J. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN-Natal –RN – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, out./dez. 2009.

ALVES, G. Trabalho, subjetividade e lazer: estranhamento, fetichismo e reificação no capitalismo global. In: PADILHA, V. (Ed.). **Dialética do lazer**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 19-49.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 11. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.

AZEREDO, N. S. G. **O acadêmico de medicina frente à morte**: questões para se (re)pensar a formação. 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A. S.; LEHFELD, N. A. de S. **Fundamentos de metodologia científica**: um guia para a iniciação científica. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARROS, V. A.; CARRETEIRO, A. P. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 208-226.

BAUER, M. W. Classical content analysis: a review. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Qualitative researching with text, image and sound**: a practical handbook. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 131-151.

BITTAR, L. T.; **O sentido do trabalho**: algumas reflexões sobre o trabalho e o mundo do trabalho. 1997. 94 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1997.

BONFIM, T. M.; STEFANO, S. R.; ANDRADE, S. M. Satisfação e motivação no trabalho dos servidores públicos de uma prefeitura de pequeno porte do estado do Paraná: uma análise a partir do clima organizacional. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO – SemeAd, 13., 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2010.



BORGES, L. O. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 81-107, set./dez. 1999.

BORGES, L. O.; ALVES-FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 2, p. 177-194, jul./dez. 2001.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, C. M. F. de. Atenção hospitalar: evolução e tendências. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 577-608.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 6 dez. 2002. Seção 1, p. 37- 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2 jan. 2014. Seção 1, p. 170.

CANO, D. S. **O profissional que está no fio – entre a vida e a morte**: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas. 2008. 191 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CANÇADO, V. L.; SANT´ANNA, A. S. Mecanismos de defesa. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

CARVALHO, V. A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In: PIMENTA, C.; MOTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M. (Orgs.). **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2006. p. 103-123.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHANLAT, J. F. O ser humano, um ser de palavra. In: CHANLAT, J.-F. (Cord.). **O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996. P. 20-21.

CODO, W. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.; CODO W. (Eds.). **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativade Autores Associados, 1997. p. 21-40.

COLLIS, J.; HUSSEY. R. **Pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2005.

COSTA, A. C. de F. **O médico, seu trabalho e sua saúde mental**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. do P; LUZZO, M. C. de. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 1, p. 3-28.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. A banalização da injustiça social. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; ZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 3, p. 127-139.

DEJOURS, C. Prefácio. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 19-22.

DEJOURS, C. Inteligência prática e sabedoria: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAM, S., SZNELWAR, I. L. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 7, p. 197-241.

DEJOURS, C. Trajetória teórico conceitual. In: LANCMAM, S., ZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 47-194.

DEJOURS, C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: LANCMAM, S., ZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 277-299.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, jul./set. p. 363-371, 2012.

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

DUTRA, R. F. **Qualidade de vida no trabalho: o caso de uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro**. 2008. 125 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2008.

ETZIONI, A. **A Comparative Analysis of Complex Organizations**. Nova York: Free Press, 1968.

FACAS, E. P. **Estratégias de mediação do sofrimento no trabalho automatizado: estudo exploratório com Pilotos de Trem de Metrô do Distrito Federal**. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

FERNANDES, F. S., GONÇALVES, C. M.; OLIVEIRA, P. J. Adaptação e validação da escala de significados atribuídos ao trabalho – ESAT. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 183-196, dez. 2012.

FERREIRA, M. A. F.; MACIEL, S. S. S. V. O câncer bucal. In: FERREIRA, M. A. F. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004. p. 137-148.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau-humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 93-104, 2001a.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Trabalho: Prazer ou sofrimento? **Caderno Opinião**, Curitiba, v. 4, n. 813, mar. 2001b.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília: Ler, Pensar, Agir. 2003.

FERREIRA, M. C. Chegar feliz e sair feliz do trabalho: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão**. Curitiba: Juruá, 2010. p. 40-53.

FIELDLER, N. C.; VENTUROLI, F. Avaliação da carga física de trabalho exigida em atividades de fabricação de móveis no Distrito Federal. **Cerne**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 117-122, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FRANCO, T. A centralidade do trabalho na visão da psicodinâmica de Dejours. **Caderno CRH**, Salvador, v. 17, n. 41, p. 309-321, maio/ago. 2004.

FREITAS, L. G. Assujeitamentos nas organizações: qual o espaço para a mobilização subjetiva? In: FERREIRA, M. C.; ARAÚJO, J. N. G. de.; ALMEIDA, C. P. de.; MENDES, A. M. (Orgs.). **Dominação e resistência no contexto trabalho saúde**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011. p. 212-228.

FREUD, S. Além da Princípio do Prazer. In: **Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Editora, 1976.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

GENOVESE, W. J.; BORDINI, P. J.; BORDINI, E. B. T. Câncer bucal. In: KIGNEL, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Robe; 1997. p. 381-422.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte**. 2009. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

HACKMAN, J. R.; OLDFHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n. 2, p. 159-170, 1975.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 77-86, dez. 2004.

HOEFEL, M. G. L.; SEVERO, D. O. Participação Social em Saúde do Trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 119-138, 2011.

HOIRISCH, A. Ser médico – implicações históricas e antropológicas. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Identidade médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 21-38.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <<https://www.inca.org/câncer>>. Acesso em: 20 set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<https://www.inca.org/câncer>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Coordenação de prevenção e vigilância estimativa 2014: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <<https://www.inca.org/câncer>>. Acesso em: 20 set. 2015.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**. Desafio na formação de profissionais da saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo. Fapesp, 2003.

KROEFF, M. **Resenha da Luta contra o câncer no Brasil**. Documentário do Serviço Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 1946.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.

LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-58.

LIMA JÚNIOR, J. H.; CASTANHA, A. L. B. O trabalhador médico: prazer e dor como ofício. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

LIMA JÚNIOR, J. H.; ÉSTER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

LOURENÇO, C. D. S.; FERREIRA, P. A.; BRITO, M. J. O significado do trabalho para uma executiva: a dimensão do prazer. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LUNDBERG, C. D.; PETERSON, M. F. The meaning of working in U.S. and Japanese local governments at three hierarchical levels. **Human Relations**, Londres, v. 47, n. 12, p. 1459-1487, dez. 1994.

MAGALHÃES, F. A luta contra o câncer. In: CONGRESSO NACIONAL DOS PRÁTICOS, setembro de 1922. **Actas e Trabalhos**. Fundações Científicas, Rio de Janeiro, 1923.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas**. 2008. 199 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MEANING OF WORK INTERNATIONAL RESEARCH TEAM – MOW. **The meaning of working**. New York: Academic Press, 1987.

MELEIRO, A. M. A. da S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, abr./jun. 1998.

MELEIRO, A. M. A. da S. **O médico como paciente**. 2. ed. São Paulo: Segmento-Farma, 2005.

MENDES, A. M. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório de uma empresa pública de telecomunicações**. 1994. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 1994.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. 112 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

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

MENDES, A. M., ARAÚJO, L. K. R.; MERLO, A. R. C. Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Orgs.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Contexto de trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. (Org.). **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e gestão**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 6, p. 111-123.

MENDES, A. M., TAMAYO A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, Itatiba, v. 6, n. 1, p. 39-46, 2001.

MENDES, A. M.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento no trabalho dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. **Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 103-112, jan./jun. 2006.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORETTI, S. Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana. **Instituto Catarinense de Pós-Graduação**, Florianópolis, p. 1-14, 2005.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 45-58.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MORRONE, C. F. **Só para não ficar desempregado: resignificando o sofrimento psíquico no trabalho – um estudo com trabalhadores em atividades informais**. 2001. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MURGATROYD, S.; MORGAN, C. **Total quality management and school**. Buckinham: Open University Press, 1993.

NOVELLI, J. G. N.; FISCHER, R. M.; MAZZON, J. A. Fatores de confiança interpessoal no ambiente de trabalho. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 442-452, out./dez. 2006.

OLIVEIRA, L. C. B.; CHAVES-MAIA E. M. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. **Revista de Saúde Pública**, Bogotá, v. 10, n. 3, p. 405-413, 2008.

OLIVEIRA, N. Somatização e sofrimento no trabalho. **Textos & Contentos**, Porto Alegre, n. 2, n. 1, p. 1-14, dez. 2003.

OLIVEIRA, S. R., PICCININI, V. C., FONTOURA, D. S., SCHWEIG, C. Buscando o sentido do trabalho. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 28., 2004, Porto Alegre. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2004.

PAGÉS, M.; BONETTI, M.; DEGAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. **O poder das organizações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Anna blume/Hucitec, 2003.

PORTER, R. O hospital. In: PORTER, R. (Org.) **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PORTO, J. B. Valores do trabalho e seu impacto sobre atitudes e comportamentos no trabalho. In: TEIXEIRA, Maria Luisa Mendes (Org.). **Valores humanos & gestão: novas perspectivas**. São Paulo: Editora Senac., p. 173-188, 2008.

QUINTANA, A. M. Sentimentos e percepções da equipe da saúde frente ao paciente terminal. **Ver**, Paidéia, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006.

QUIVY, M; CAMPANHOUDT; L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Gradva; 1998.

RIOS, I. C. Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, 151-160, 2008.

RIFKIN, J. **O fim dos empregos: o contínuo crescimento do desemprego em todo o mundo**. São Paulo: Makron Books, 2004.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. Perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap.10, p. 93-107.

ROIK, A.; PILATTI, L. A. Psicodinâmica do trabalho: uma perspectiva teórica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO – ENEGEP, 29., 2009, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2009.

SÁ, M.; CASTRO, R. A modernidade desencantada, a crise da medicina e o imaginário institucional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 46-52, 2000.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LÚCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, R. L. P.; GRISCI, C. L. I. Vivências de frustração e medo no trabalho bancário. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

SCHUTZ, W. C. **O prazer**: expansão da consciência humana. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SHANAFELT, T. D. Finding meaning, balance, and a personal satisfaction in the practice of oncology. **The Journal of Supportive Oncology**, v. 3, n. 2, p. 157-163, 2005.

SILVA, M. C. **A Síndrome de *Burnout* e o trabalho de professores de uma escola pública mineira do ensino fundamental**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

SOUZA, P. H. R.; GRISCI, C. L. Trabalho imaterial e sofrimento psíquico: o pós fordismo no jornalismo industrial. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2005.

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M.; SANTOS, J. F. dos; VILAR, M. J. **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

THIRY-CHERQUES, H. R. **Sobreviver ao trabalho**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, São Paulo, n. 3, p. 20-27, 2009.

THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. **A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral**. 2000. Disponível em: <[http://www.hcanc.org.br/acta/acta2k\\_26.html](http://www.hcanc.org.br/acta/acta2k_26.html)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

TOLEDO, D. A. C.; GUERRA, A. C. Um estudo sobre o prazer no trabalho: pensando dimensões de análise. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, Edição Especial, n. 1, p. 38-46, 2007.

TRINDADE, E. S.; AZAMBUJA, L. E. O.; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação de Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.



TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987.

UGÁ, M. A. D; LÓPES, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 12, p. 915-928, 2007.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2007.

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba: Juruá, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Câncer.** Fact sheet n° 297. fev. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>>. Acesso em: 10 set. 2015.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	105
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	106

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Diana Alves Prates Simões, aluna do curso de mestrado da Faculdade Novos Horizontes, estou desenvolvendo uma pesquisa sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, que tem como objetivo descrever e analisar as manifestações de prazer e sofrimento dos profissionais médicos oncologistas que atuam em unidades hospitalares mineiras.

Assim, convido você a participar desta pesquisa. O procedimento adotado para a coleta de dados será a entrevista semiestruturada. Os depoimentos, com a sua autorização prévia, serão gravados e transcritos e ficarão em poder da pesquisadora. Eles serão destruídos ao término de cinco anos. Informo-lhe, ainda, que os dados obtidos serão mantidos em sigilo, assim como a sua privacidade e a garantia de anonimato. Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos.

Comunico-lhe que não terá despesas decorrentes de sua participação na pesquisa. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de retirar o seu consentimento em qualquer momento ou fase do estudo.

Eu,....., RG número.....fui orientado(a) sobre o estudo e afirmo meu consentimento em participar da atividade proposta pela pesquisadora e autorizo a gravação da entrevista.

..... de ..... de 2016.

Ass. do entrevistado .....

Ass. da pesquisadora .....

Pesquisadora responsável: Diana Alves Prates Simões  
Endereço: Rua Elson Nunes de Souza, 90 Apto 402- Bairro: Castelo  
Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP: 30840-530  
Telefone: (31) 9.8709.6885

Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade Novos Horizontes  
Endereço: Rua Alvarenga Peixoto, 1270  
Bairro: Santo Agostinho  
Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP: 30180-121  
Telefone: (31) 3293.7042

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

**Prezado(a),**

Solicito a sua colaboração para responder a algumas questões que irão embasar minha dissertação de mestrado referente ao tema “Prazer e Sofrimento do médico oncologista mineiro”.

### Perfil demográfico e ocupacional

1) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2) Idade: \_\_\_\_\_ anos

3) Estado civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Separado (a) ( )

Outros: \_\_\_\_\_

4) Tem filhos?

( ) Sim Quantos? \_\_\_\_\_ ( ) Não

5) Escolaridade: ( ) Ensino Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

6) Qual a cidade que você reside?

\_\_\_\_\_

7) Tipo de contrato de trabalho:

( ) Autônomo ( ) CLT ( ) Contrato por prazo determinado

8) Tempo de serviço na função de médico oncologista: \_\_\_\_\_ anos

9) Carga horária de trabalho: ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) 50 horas ( ) 60 horas

( ) Dedicção exclusiva

10) Em quantas instituições você trabalha? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sentido do trabalho

11) Qual é o nível de relevância que o seu trabalho ocupa na sua vida? O que o torna relevante?

12) Que importância o seu trabalho ocupa para a sociedade e as pessoas?

- 13)** Que elementos poderia me apontar como aqueles que você mais se identifica com o trabalho que realiza?
- 14)** O que você me diria a respeito do seu nível de compromisso e envolvimento com o seu trabalho. Que elementos você colocaria como características mais relevantes desse compromisso e envolvimento?
- 15)** Cite-me alguns elementos que você mais valoriza na sua função?
- 16)** Qual é sua opinião sobre a ética profissional no exercício das suas funções?
- 17)** Se você fosse resumir em uma palavra apenas, qual seria o sentido maior da sua função?

### **Contexto do trabalho**

- 18)** Fale-me um pouco sobre as suas funções e o contexto (ambiente) em que você trabalha.
- 19)** Que elementos do ambiente de trabalho você considera adequados e não adequados para a realização da sua função?

### **Vivências de prazer**

- 20)** Quais são os principais elementos de prazer que você experimenta na realização do seu trabalho como médico oncologista?
- 21)** De um ponto de vista pessoal, o que o seu trabalho permite que você construa na sua vida?
- 22)** Como você experimenta a liberdade de se expressar no seu trabalho perante as chefias superiores e os seus colegas de função?
- 23)** O que o reconhecimento do seu trabalho prestado representa para você? Fale-me um pouco sobre isso.
- 24)** Aponte alguns elementos que o tornam uma pessoa realizada naquilo que faz?

### **Vivências de sofrimento**

- 25)** Quais são as situações de trabalho que podem levá-lo(a) a se sentir esgotado profissionalmente? E que tipos de insegurança você vivencia atualmente, tanto externa quanto interna ao seu trabalho?

**26)** Geralmente, a falta de reconhecimento pelo esforço profissional e a falta de valorização do desempenho são causas de sofrimento dos trabalhadores. O que você poderia relatar nesse sentido?

**27)** Você vive conflitos nas relações familiares ou sociais em decorrência da situação de trabalho? Fale um pouco sobre suas principais perdas e ganhos profissionais.

**28)** Sabe-se que a natureza do seu trabalho exige forte controle de suas emoções. Você precisa disfarçar seus sentimentos? Se sim, em quais situações?

**29)** Você consegue equilibrar os seus desejos individuais com os objetivos das organizações hospitalares onde atua? Se “sim”, como faz esse equilíbrio?

**30)** Sabe-se que o trabalho na unidade de oncologia exige dos profissionais habilidades para resolver muitos problemas e administrar situações imprevistas. Como isso ocorre em seu dia a dia de trabalho?

**31)** O que representa para você lidar com a vida e a morte rotineiramente nas suas funções?

**32)** Você escolheria novamente essa profissão? Se “sim”, aponte 5 elementos que justificam essa escolha.

### **Mecanismos para lidar com o sofrimento no trabalho**

**33)** Que mecanismos você utiliza para lidar com situações que podem causar sofrimento no trabalho?