

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração

Mestrado

Mayara Rodrigues da Cunha

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS  
ONCOLOGISTAS: estudo em hospitais na cidade de Belo Horizonte**

Belo Horizonte  
2016

**Mayara Rodrigues da Cunha**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS  
ONCOLOGISTAS: estudo em hospitais na cidade de Belo Horizonte**

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

CUNHA, Mayara Rodrigues da.

C972p

Prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologistas: estudo em hospitais na cidade. Belo Horizonte: FNH, 2016. 94p.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração.

1. Medico oncologista - prazer e sofrimento  
No trabalho I. Mayara Rodrigues da silva II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDD: 158.72

Ficha elaborada pela Bibliotecária da Faculdade Novos Horizontes

– Viviane Pereira CRB6 1663 –



Faculdade Novos Horizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

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

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **MAYARA RODRIGUES CUNHA**

Matrícula: 770717

LINHA DE PESQUISA: RELAÇÃO DE PODER E DINAMICA DAS ORGANIZAÇÕES

ORIENTADOR(A): Profº Drº Luiz Carlos Honório

TÍTULO: **PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS:  
estudo em hospitais de Belo Horizonte.**

DATA: 24/11/2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luiz Carlos Honório  
ORIENTADORA  
Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Luciano Zille Pereira  
Faculdade Novos Horizontes

Profª Drª Zelia Miranda Kilimnik  
FUMEC

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO

Declaro ter procedido à revisão da Dissertação, área de concentração: Organização e Estratégia, de autoria de **Mayara Rodrigues da Cunha**, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: **PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS ONCOLOGISTAS**: estudo em hospitais na cidade de Belo Horizonte.

Dados da revisão<sup>1</sup>:

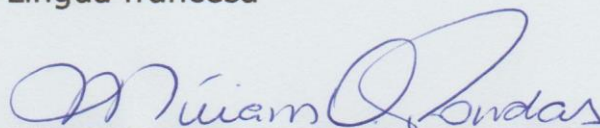
- Aspectos linguísticos
- Aspectos textuais

Belo Horizonte, 9 de novembro de 2016.

**Profa. Míriam de Oliveira Rondas**

Revisora credenciada para revisão de trabalhos acadêmicos  
Professora de língua portuguesa  
Tradutora de Língua francesa

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por ter me permitido chegar até aqui.

Agradeço ao meu pai, por ter sido também uma mãe, por ter me ensinado valores, princípios que hoje me constituem o ser que sou. Por ter me ensinado que o conhecimento é um bem que verdadeiramente é nosso. Por todo apoio e ajuda, por sempre estar ao meu lado, por tudo que és para mim. Amo-te muito! “Eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer, como é grande o meu amor por você... Nunca se esqueça nem um segundo que eu tenho amor maior do mundo, como é grande o meu amor, por você” (Roberto Carlos).

À minha mãe em memória. Que se foi quando eu ainda era criança, que é uma pessoa da qual eu me lembro com muito carinho e amor. Pessoa que sempre cuidou de mim e demonstrou amor e carinho para comigo.

Agradeço a meu esposo Michel, pelo amor, pelo incentivo, pela paciência e pelo companheirismo em todos os momentos até a conclusão deste trabalho. Pela compreensão e motivação quando eu já não mais tinha forças para prosseguir, sempre acreditou em mim, estando comigo lado a lado nessa caminhada. Por muitas vezes sacrificar seus sonhos em favor dos meus. Palavras não bastariam para expressar todo meu amor por você. “Se há dores tudo fica mais fácil / Seu rosto silencia e faz parar / As flores que me mandam são fato / Do nosso cuidado e entrega / Meus beijos sem os seus não daria / Os dias chegariam sem paixão/ Meu corpo sem o seu uma parte / Seria um acaso e não sorte” (Vanessa da Mata).

Agradeço ao meu filho Júllio, pois mesmo sendo tão pequeno conseguiu compreender meus momentos de ausência e dedicação ao mestrado. Por me acordar todos os dias com seu sorriso e me confortar com seu abraço e alegria. Por me fazer sorrir, quando quis chorar. Por me amar incondicionalmente e me receber sempre de braços abertos com todo o seu amor e carinho. “Quando olho no teu olhar, eu vejo que sou tão feliz. Você chegou pra me alegrar. Ter você é tudo que eu sempre quis, cada dia mais eu quero dizer: Amo você! Desde o dia em que você

nasceu, muita coisa linda me aconteceu, mas nada pode se comparar meu filho a você” (Eyshila).

À Izabella, minha princesa que acaba de nascer, mais um presente que Deus me deu. Filhos, bênçãos que Deus me concedeu. Agradeço, por serem meus motivadores, mesmo que eles ainda não tenham consciência disso.

Ao meu orientador Dr. Luiz Carlos Honório, pelo acolhimento, respeito, empenho e conhecimento passado, que me deram suporte e segurança para a chegada desse momento.

Ao professor Dr. Luciano Zille Pereira, por todo apoio e contribuição para a minha dissertação, tanto em relação ao conteúdo quanto na colaboração para a realização das entrevistas com os médicos oncologistas.

Ao professor Dr. Antônio Luiz Marquez, pelo apoio emocional nos momentos difíceis para dar continuidade ao mestrado.

À minha amiga, Maria Beatriz Lembranças de Lima, que me apoiou e me incentivou.

À minha amiga e companheira de mestrado Ivonilda Inácio Fernandes, pelo apoio, auxílio e pela generosidade em todos os momentos.

E quando não tiver mais forças para prosseguir, continue.

Pois se desistir, perderá todos os esforços feitos.



## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo descrever e analisar as vivências de prazer e de sofrimento de médicos oncologistas de hospitais na cidade de Belo Horizonte. O referencial teórico foi baseado 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 de Belo Horizonte. Os participantes da pesquisa submeteram-se a uma entrevista cujo roteiro foi adaptado de Simões (2016). Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo das categorias a *priori* estabelecidas: contexto do trabalho, sentido do trabalho, vivências de prazer no trabalho, vivências de sofrimento no trabalho e estratégias para lidar com o sofrimento. Das categorias definidas surgiram subcategorias de análises correspondentes aos objetivos da pesquisa definidos previamente. Os resultados da pesquisa evidenciaram que os oncologistas vivenciam situações de prazer e sofrimento constantemente. Foi possível perceber que estes profissionais estão inseridos em um ambiente de trabalho inadequado para o desenvolvimento pleno de suas funções, no qual faltam elementos básicos no tratamento dos pacientes como, por exemplo, medicamentos, leitos e outros. Soma-se a esses fatores o excesso de burocracia para realização de consultas, internações, agenda desproporcional à capacidade de atendimento e o não registro nosológico da vida médica dos pacientes, fatores esses que dificultam e, muitas vezes, impedem o tratamento. Entretanto, no que se refere ao relacionamento com os colegas, foi possível perceber que os médicos trabalham em espírito de coletividade e apoio mútuo. Realizam com frequência reuniões para discussões de casos e indicações de novos tratamentos para o câncer, sendo levado em consideração cada caso individualmente. Existe respeito a opiniões divergentes e ética ao comentar sobre o tratamento indicado por outro profissional, sobretudo no que concerne a uma segunda opinião médica solicitada por pacientes. Foi possível perceber também que os oncologistas estão amparados por uma equipe médica que auxilia no tratamento do câncer, uma vez que não se trata somente de sintomas fisiológicos. Entretanto essa equipe não é suficiente para atender à demanda, o que ocasiona, muitas vezes, a sobrecarga emocional dos médicos que acabam por dar suporte psicológico aos pacientes. Foi possível inferir que o trabalho ocupa lugar central na vida dos oncologistas, que não conseguem se desligar de suas funções e, além de levar trabalho para casa, colocam-se à disposição dos pacientes e colegas de profissão por meio de telefonemas e aplicativos de celular. Assim sendo, os médicos oncologistas não conseguem equilibrar a vida pessoal e a vida profissional, uma vez que o trabalho invade a vida privada. Foi possível perceber que as vivências de prazer são manifestadas no alívio do sofrimento e na condução a um fim de vida com menos dor e maior dignidade possível. Admitem que ao vivenciar a cura sentem prazer equivalente ao de aliviar o sofrimento. Mesmo convivendo com a morte rotineiramente não são neutros ao sofrimento vivenciado pelos pacientes e familiares, sendo que alguns casos ficam marcados. Ver o sofrimento do outro traz reflexões constantes sobre a própria vida. A maioria das estratégias para lidar com o sofrimento é individual como o conformismo, o autocontrole e as atividades de lazer que podem minimizar o sofrimento. Contudo, estas estratégias não são efetivas, uma vez que não modificam o modo de como o trabalho é organizado.

**Palavras-chave:** Prazer, sofrimento, trabalho, médicos oncologistas.

## ABSTRACT

This research aimed to describe and analyze the experiences of pleasure and suffering of oncologists of hospitals in the city of Belo Horizonte. The theoretical reference was based on the Work Psychodynamics, serving as support for the accomplishment of a qualitative descriptive research. Ten physicians oncologists working in different hospitals in Belo Horizonte participated in the study. The participants of the research were submitted to an interview whose script was adapted from Simões (2016). The data obtained were submitted to content analysis of the *a priori* categories established: work context, work sense, experiences of pleasure at work, experiences of suffering at work and strategies to deal with suffering. From the defined categories appeared subcategories of analyzes corresponding to the objectives of the research, previously defined. The results of the research showed that oncologists experience situations of pleasure and suffering constantly. It was possible to perceive that these professionals are inserted in an inadequate work environment for the full development of their functions, in which basic elements are missing in the treatment of patients, such as medicines, beds and others. Added to these factors is the excess of bureaucracy to perform consultations, hospitalizations, a disproportionate agenda, and the non nosological record of patients' medical life, a factor that makes it difficult and often prevents treatment. However, with regard to the relationship with colleagues, it was possible to perceive that they work in the spirit of collective and mutual support. They frequently hold meetings for case discussions and indications of new treatments for cancer, taking into consideration each case of the patient. There is respect for divergent, ethical opinions when commenting on the treatment indicated by another professional, especially regarding a second medical opinion requested by patients. It was also possible to notice that the oncologists are trimmed by a medical team that assists in the treatment of cancer since it is not only about physiological symptoms, but this team is not enough to meet the demand, which often causes the emotional overload of the patients. Doctors who end up giving psychological support to patients. It was possible to infer that work occupies a central place in the lives of oncologists who can not get out of work, in which, in addition to taking work home, patients and co-workers are available through phone calls and cell phone applications. As such, they can not balance personal and professional life, since work is invading private life. It was possible to perceive that the experiences of pleasure are manifested in the relief of suffering and conduction to an end of life with less pain and greater dignity possible. They admit that when experiencing healing they feel pleasure equivalent to relieving suffering. Even living with death routinely are not neutral to the suffering experienced by patients and relatives, and some cases are marked. Seeing the suffering of the other brings constant reflection on one's own life. Most strategies for coping with suffering are individual, such as conformism, self-control, and leisure activities that can minimize suffering, but they are not effective since they do not change the way work is organized.

**Keywords:** Pleasure, suffering, work, medical oncologists.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANPAD – Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

IBICT – Instituto Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IRC – *Internacional Agency for Resenarch on Cancer*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPEEL – *Scientific Periodicals Eletronic Library*

SUS – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quando 1 – Descrição do perfil demográfico e ocupacional dos médicos oncologistas entrevistados.....	50
Quadro 2 – Categorias e subcategorias.....	51
Quadro 3 – Análise do contexto do trabalho.....	52
Quadro 4 – Análise do sentido do trabalho.....	57
Quadro 5 – Análise das vivências de prazer.....	61
Quadro 6 – Análise das vivências de sofrimento.....	66
Quadro 7 – Análise das estratégias para lidar com o sofrimento.....	71

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	Objetivo geral .....	16
1.2	Objetivos específicos .....	16
1.3	Justificativa .....	17
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DO ESTUDO</b> .....	<b>19</b>
2.1	A incidência de câncer no Brasil .....	19
2.2	Os trabalhadores da área de saúde: considerações sobre os médicos oncologistas .....	24
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>29</b>
3.1	Centralidade no trabalho .....	29
3.2	Psicodinâmica do trabalho .....	33
3.2.1	Prazer no trabalho .....	35
3.2.2	Sofrimento no trabalho .....	38
3.2.3	Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho .....	40
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>45</b>
4.1	Tipo, abordagem e método de pesquisa .....	45
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa .....	46
4.3	Coleta dos dados .....	47
4.4	Tratamento dos dados .....	48
<b>5</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>50</b>
5.2	Perfil dos médicos oncologistas pesquisados .....	50
5.2	Análise qualitativa: categorias e subcategorias de tratamento .....	51
5.2.1	Contexto do trabalho .....	52
5.2.2	Sentido do trabalho .....	56
5.2.3	Vivências de prazer .....	60
5.2.4	Vivências de sofrimento .....	66
5.2.5	Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho .....	71
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Leite, Ferreira e Mendes (2009), o trabalho ocupa lugar central na vida dos indivíduos representando significado, reconhecimento e identidade. Está presente desde a educação primária, que promove e desenvolve o conhecimento de sujeitos cujo objetivo é formar profissionais habilitados para o mercado de trabalho. Ressalta-se a relevância de expressões “ser alguém”, “o que você vai ser quando crescer”, em que o verbo “ser” representa uma profissão, referindo-se, por conseguinte, ao trabalho (DUARTE; MENDES, 2015).

Ainda segundo Duarte e Mendes (2015), o trabalho é essencial para a vida dos indivíduos, que, nos dias de hoje, não trabalham somente para sua subsistência, mas, de maneira intensa, atribuem ao trabalho uma fonte de realização, prazer e significado. Trata-se de uma concepção diferente daquela da história do trabalho, segundo a qual o termo trabalhar era considerado indigno, sofrido, uma forma de punição e era reservado somente para indivíduos desprovidos de recursos financeiros. Além disso, o trabalho tem um forte significado nas relações sociais, visto que por ele o sujeito se sente capaz, realizado, valorizado, reconhecido e útil para a sua própria existência e de outras pessoas. Enfim, tais elementos conferem identidade e sentido àquele que desempenha atividades profissionais (TOLFO; PICCININI, 2007).

Nas relações sociais, o trabalhador adquire um “rostro”, uma importância não só pelas atividades exercidas como também pelo papel que desempenha cotidianamente junto à organização, família e sociedade. Portanto, o trabalho pode ser fonte de prazer quando tais vivências são experimentadas pelo indivíduo, e, por outro lado, pode ser fonte de sofrimento, ao se sentir impossibilitado para realizar plenamente a sua atividade profissional (VINONE, 2004; LIMA JUNIOR; CASTANHA, 2011).

O reconhecimento, a satisfação, a utilidade do trabalho são sentimentos que geram nos indivíduos uma sensação de prazer, os quais, por sua vez, são vivenciados como gratificações pelo sofrimento experimentado no processo de obtenção do

prazer. Segundo Dejours (2004), para se ter a sensação de prazer é necessário antes ter tido sofrimento. Nas relações de trabalho, essa lógica se concretiza no momento em que o ser humano ao ser reconhecido pelo seu trabalho tem a sensação de prazer que o faz valorizar o sofrimento experimentado durante o processo. Ainda segundo Dejours (2004), o ser humano espera ser reconhecido pelo outro para validar o seu lugar, seu valor e sua utilidade no trabalho, na sociedade, na família, nos grupos, enfim em todos os meios de sua convivência. Assim sendo, se o trabalho não conseguir suprir e atender aos desejos e às expectativas do indivíduo pode propiciar a insatisfação, fator capaz de levá-lo a experimentar sensações de sofrimento e perda de significado naquilo que faz (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Essa realidade é passível de ser experimentada em diferentes ocupações, todavia há profissões que podem ser mais particulares ao se pensar na díade prazer e sofrimento no trabalho. No trabalho médico, notadamente em determinadas especializações, como é o caso da oncologia, algumas características específicas reforçam esse entendimento (VIVONE, 2004; SOUZA, 2007; CANO, 2008; FLAUZINO, 2012).

Hoje no Brasil, o câncer representa a segunda maior causa de morte em adultos e, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), acometendo também crianças e adolescentes, sendo esperados para os anos 2016 e 2017 cerca 600 mil novos casos de câncer pediátrico considerando crianças e adolescentes de até 19 anos (INCA 2015).

O aumento dos casos de câncer no Brasil tem causado preocupação na área da saúde. As estimativas feitas pelo INCA alertam para a necessidade de que medidas preventivas e de controle da doença sejam intensificadas, pois trata-se de uma doença que apresenta maior possibilidade de cura quando descoberta em fase inicial, sendo que alguns tipos de cânceres podem ser prevenidos com ações que evitem a exposição do indivíduo a fatores de risco. A esses tipos de cânceres que podem ser controlados e prevenidos dá-se o nome de tumores primários e secundários, sendo considerados primários os tipos da doença que podem de ser prevenidos, e secundários aqueles que podem ser detectados de maneira precoce,

possibilitando assim um tratamento mais efetivo com chances maiores de cura (INCA, 2015).

A situação do médico oncologista nesse cenário é complexa e envolta de desafios, uma vez que, de acordo com Serrano (2014), a forma de comunicar os diagnósticos e prognósticos é importante para os pacientes. Por essa razão, saber como relatar os resultados aos pacientes requer do oncologista habilidade de comunicação. Ainda, segundo Serrano (2014, p. 29), a melhor maneira de falar sobre o estado de saúde é utilizando da estratégia “verdade lenta e suportável”. Ou seja, falar à medida que o paciente for questionando, para que cada indivíduo possa se situar em relação à evolução e tratamento da doença, nos diversos estágios em que se encontra, pois mesmo em casos que a fase do câncer já é do ponto de vista médico terminal, alguns pacientes alimentam esperanças. É importante que nesse momento todos os profissionais de saúde saibam se comunicar com esse paciente, respeitar a vontade dele no que diz respeito ao tratamento proposto pelo médico. A revelação da verdade é permeada por emoções e sensações inevitáveis para ambos (SERRANO, 2014).

Portanto, segundo Vivone (2004), a verdade sobre o diagnóstico deve ser clara e de maneira gradativa. Em alguns casos, os familiares interferem com pedidos de ocultação da real situação aos pacientes, o que é analisado caso a caso, podendo ser acatado de acordo com a viabilidade clínica. Esse momento de revelação da doença é crítico e complexo, pois vai além da objetividade. O contato “olho no olho”, transmite muito mais que informação, há uma troca de emoções que fazem alguns médicos questionarem sua especialidade, diante da sensação de impotência frente a determinados casos (VIVONE, 2004).

O aumento no número de casos de câncer no Brasil tem uma outra implicação que coloca os médicos oncologistas em evidência. Esse fator que tem levado os oncologistas a vivenciarem situações de sofrimento no trabalho no que diz respeito à realização e desenvolvimento do seu trabalho, por exemplo, o excesso de carga de trabalho semanal, o atendimento a grande quantidade de pacientes diariamente comprometendo a assistência a cada paciente, uma vez que para atender à demanda as consultas duram um tempo inadequado para passar todas as



orientações necessárias. Além disso, a situação da saúde pública no país que exige desses profissionais um ritmo intenso de trabalho, levando-os a extrapolar sua função realizando procedimentos administrativos e dando suporte psicológico (CANO, 2008).

Todavia, não apenas o sofrimento é experimentado pelos médicos nas atividades que executam. O amor ao próximo, o desejo de praticar obras para com os semelhantes e o de contribuir com o bem-estar da humanidade estão entre os elementos que reforçam a vocação profissional da medicina (HOIRISCH, 2006). Assim, em um ambiente envolto de dor e sofrimento, é possível o indivíduo sentir prazer com o trabalho realizado, pois este representa a sua razão de ser, e é por meio do trabalho que ele se sente capaz e útil no papel que desempenha (DEJOURS, 2004).

Tendo em vista as considerações até aqui delineadas, esta pesquisa coloca como pergunta: **Como se configuram as vivências de prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologistas?**

### **1.1 Objetivo geral**

- Descrever e analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho na percepção de médicos oncologistas em diferentes hospitais localizados na cidade de Belo Horizonte.

### **1.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever o contexto de trabalho do médico oncologista;
- b) Descrever o sentido atribuído pelos médicos oncologistas ao trabalho que executam;
- c) Identificar as vivências de prazer que esses profissionais experimentam no trabalho;

- d) Identificar as vivências de sofrimento no trabalho;
- e) Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com o sofrimento decorrente da profissão que exercem.

### 1.3 Justificativa

Esta pesquisa se justifica por três motivos: o acadêmico, o social e o organizacional. Do ponto de vista acadêmico, há poucas pesquisas nesse sentido. Realizando um levantamento na base de dados da ANPAD (Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), órgão referência em pesquisas científicas na realidade brasileira, bem como em outras fontes tais como no SPELL (*Scientific Periodicals Eletronic Library*) e no portal de publicações IBICT (Instituto Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia), foi possível perceber que, existem poucas pesquisas com essa temática que tenham com o sujeito de pesquisa os médicos oncologistas. Vale ressaltar que sobre a temática “prazer e sofrimento no trabalho” existem diversos artigos publicados. No entanto, com o objeto de estudo “médicos oncologistas” percebeu-se uma lacuna, uma vez que desta temática destacam-se os estudos de Simões (2016), Rodrigues e Honório (2016) e Dourado e Honório (2016). Torna-se oportuno, então, pesquisar a temática para fomentar mais pesquisas nesse sentido e aprofundar o conhecimento a respeito de como as vivências de prazer e sofrimento podem impactar na profissão de médicos oncologistas.

Do ponto de vista social, esta pesquisa pode contribuir de maneira a auxiliar a compreensão de como as vivências de prazer e sofrimento de médicos que atuam como oncologistas podem influenciar no tratamento de pacientes e no apoio aos familiares envolvidos nesse processo, uma vez que o indivíduo doente traz consigo diversas expectativas sobre o tratamento e a cura. Esses médicos são colocados pelo paciente e pela família em um patamar de distinção, pois acreditam que esses profissionais estão capacitados para retirá-los do estado em que se encontram e conferir a eles uma condição melhor. Dito de outra maneira, os médicos oncologistas representam para as pessoas uma “luz no fim do túnel”.

Do ponto de vista organizacional esta pesquisa contribui para que os oncologistas pesquisados possam ter um mapeamento claro do ambiente de trabalho em que estão inseridos, uma vez que, estes profissionais lidam com dificuldades no que se refere à estrutura física do local de trabalho, tais como falta de medicamentos, excesso de burocracia, sobrecarga de trabalho, falta de informatização entre outros fatores que prejudicam o atendimento do paciente e por conseguinte, causam desgaste físico e mental nos referidos profissionais.

Além disso, é relevante descrever e analisar vivências de prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologistas, pois trata-se de uma profissão que atualmente está em evidência, devido ao aumento significativo no número de pessoas com câncer no Brasil e no mundo (INCA, 2015).

Esta pesquisa está estruturada em seis capítulos. O primeiro deles apresentou a introdução que contempla a contextualização do tema, a problemática de pesquisa, objetivo geral e objetivos específicos bem como as justificativas. O segundo capítulo trata a ambiência do estudo. O terceiro trata do referencial teórico que aborda a centralidade do trabalho; a psicodinâmica do trabalho, incluindo o prazer e sofrimento no trabalho e as estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho. O quarto capítulo trata a metodologia delineada para atender aos objetivos de pesquisa propostos. O quinto capítulo traz a descrição e a análise dos resultados abordando as categorias *a priori* definidas e as subcategorias a elas pertencentes. O sexto capítulo trás as considerações finais. E, por fim, são apresentadas as referências utilizadas para a elaboração da pesquisa, bem como o roteiro de entrevista utilizado para o levantamento dos dados.

## **2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO**

Neste capítulo, discute-se a incidência de câncer no Brasil no que diz respeito às estimativas de casos da doença, como também serão expostos elementos que permitam evidenciar a maneira como os médicos oncologistas lidam com esta realidade e os desafios enfrentados por eles no exercício da profissão.

### **2.1 A incidência de câncer no Brasil**

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), desde 07 de agosto 2013, conforme o decreto presidencial nº 8.065, é o órgão específico singular do Ministério da Saúde responsável pela formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer. Este órgão tem como base de informações para tomadas de decisões os Registros de Câncer de centros de informação especializada, supervisionada pelo INCA, e também do SIM (Sistema de Informação sobre mortalidade), sendo centralizado de forma nacional pela secretaria de Vigilância à Saúde (INCA, 2015).

O Sistema de Mortalidade por Câncer é alimentado e consolidado com informações de 23 registros de câncer de base populacional (RCBP), que é alimentado por 282 redes de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) com informações úteis e qualificadas que obedecem a um determinado padrão. Trata-se de informações atualizadas de modo a representar a população brasileira. A esse sistema soma-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para elaboração de estimativas, que são expostas para todo o Brasil, sobre 19 tipos de câncer que acometem homens, mulheres, crianças e adolescentes (INCA, 2015).

Em Belo Horizonte existe até o momento, 90 médicos oncologistas que atuam em 21 hospitais que tratam o câncer, são eles: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Socor ; Hospital Luxemburgo - Instituto Mário Penna; Hospital Mário Penna ; Hospital Vera Cruz ; Hospital Biocor ; Hospital Belo Horizonte; Hospital São Francisco de Assis; Hospital Mater Dei; Hospital Semper; Hospital Octaviano Neves; Hospital Lifecenter; Hospital

da Baleia-Fundação Benjamin Guimarães; Hospital Felício Rocho; Hospital Alberto Cavalcanti; Hospital São Bento Cardioclínica ; Hospital Evangélico ; Hospital Santo Inácio; Hospital Madre Teresa; Hospital São Lucas (SBOC, 2016).

Vale ressaltar que o tratamento do câncer pode ser dividido em oncologia clínica no qual o profissional trata o câncer de maneira clínica; oncologia cirúrgica no qual o profissional faz o tratamento do câncer com intervenções cirúrgicas, oncologia pediátrica no qual o profissional trata o câncer em crianças, oncologia hematológica que trata do câncer no sangue. Em algumas clínicas e hospitais o profissional que trata o câncer também pode ser denominado como cancerologista que é outra nomenclatura para o profissional que estuda e trata o câncer (SBOC, 2016).

O câncer pode ser considerado um problema grave de saúde pública em todo o mundo conforme o documento *World Cancer Report 2014* da (IRC) *Internacional Agency for Research on Cancer* da (OMS) Organização Mundial de Saúde, qual revela que, até 2025, 80% da população podem sofrer com o impacto do câncer (INCA, 2015).

O Brasil tem passado por mudanças em seu perfil demográfico devido a diversos fatores como os avanços tecnológicos e científicos, a industrialização e o processo de urbanização populacional. Esse novo perfil da sociedade brasileira traz consigo novos comportamentos e alterações no estilo de vida dos indivíduos, intensificando a exposição dos seres humanos a fatores de risco que são proporcionados pelo mundo contemporâneo em que estão inseridos (INCA, 2015).

Toda essa transformação trouxe aspectos relevantes e positivos no que diz respeito à morbimortalidade como a diminuição de casos de doenças infectocontagiosas. Outro aspecto a ser considerado nesse processo de mudança é a doença crônico-degenerativa que se encontra no centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (INCA, 2015).

Diante desse cenário, as técnicas de observação e vigilância foram modificadas para ampliar seu objetivo, que agora incluem o grupo de doenças crônico-degenerativas levando em consideração o crescimento da morbimortalidade do país (INCA, 2015).

É importante esclarecer que câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos distintos de doença que tem em comum a característica de crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo, conforme afirma o Inca (2015), sendo que a origem dessa doença se dá por condições multifatoriais. Os fatores que desencadeiam a doença podem agir de formas diferentes, em conjunto ou em sequência iniciando ou propiciando o câncer (carcinogênese) no indivíduo (INCA, 2015).

A progressão da maioria dos cânceres passa por várias etapas que geralmente são longas e trazem aos doentes transtornos e mudanças em sua vida rotineira. Segundo o Inca (2015), alguns cânceres podem ser evitados quando é eliminada a exposição aos fatores de risco. Já a cura da doença tem maior possibilidade de acontecer quando for diagnosticada no início ou quando for identificado o potencial de malignidade da doença antes das células se tornarem maligna.

Com o crescente aumento no número de câncer no Brasil, a prevenção e o controle da doença é primordial para que haja atendimento, diagnóstico e acompanhamento a todos os indivíduos que necessitarem. Para que isso ocorra, é preciso que as medidas de prevenção e controle da doença sejam as mesmas que as da área de serviços assistenciais. Caso contrário, com base nas estimativas do câncer que tendem a crescer cada vez mais, em breve não será mais possível atender a todos os casos (INCA, 2015).

De acordo com o Inca (2015), as medidas de prevenção possíveis e já existentes para reduzir o número de casos de câncer no Brasil devem ser enfatizadas com urgência. Algumas delas concernem ao controle do tabagismo, uma vez que o cigarro está relacionado principalmente com o câncer de pulmão, mas é também responsável por diversos cânceres dentre eles o de boca, laringe e bexiga; à promoção a uma alimentação saudável que auxilia na prevenção do câncer de estômago, câncer de intestino entre outros; à vacinação contra Papilomavírus

Humano (HPV), que pode evitar o câncer de colo do útero, e contra a hepatite, que protege contra o câncer de fígado; e, não menos importante, à promoção da saúde de modo amplo, com incentivos à adoção de um estilo de vida mais saudável que inclua prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável e equilibrada, que seja capaz de propiciar um controle mais efetivo de cânceres de mama, próstata e intestino.

A estimativa mundial do Projeto *Globocan 2012*<sup>1</sup>, da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer (*Internacional Agency for Reseach on Cancer*) da Organização Mundial de Saúde (OMS), traz números alarmantes, segundo o qual havia sido estimado para o ano de 2012, 14 milhões de novos casos de câncer em todo mundo, sendo desconsiderado dessa estimativa o tipo de câncer de pele não melanoma. Com destaque para os países em desenvolvimento, em que a doença acomete mais da metade da população mundial, com um total de 60% dos casos previstos, sendo que desse total 8 milhões de pessoas morrem em decorrência do câncer. A estimativa para os casos de câncer é de crescimento, desde 1995 não houve redução no número de pessoas com câncer, ou seja, a perspectiva é crescimento constante desde então, por essa razão ressalta-se a importância das medidas preventivas para a doença (INCA, 2015).

Segundo o Inca (2015), os tipos de câncer que mais acometem as pessoas em todo o mundo de maneira geral são: em primeiro lugar, o câncer de pulmão (1,8 milhão); em segundo lugar, o câncer de mama (1,7 milhão); em terceiro lugar, o câncer de intestino (1.4 milhão) e o câncer de próstata (1,1 milhão). Para os homens, os tipos de câncer mais frequentes são o de pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Para as mulheres, os tipos de câncer mais frequentes são o de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%).

As estimativas do Inca (2015) com base de informações do projeto *Globocan* apontam que os novos casos de câncer no Brasil mais frequentes para os homens

---

<sup>1</sup> Projeto que calcula as estimativas mundiais para a incidência de câncer. Essas estimativas têm como objetivo conhecer a provável incidência dos principais tipos de câncer em um determinado território para que seja possível planejar ações e programas de controle, além de auxiliar na definição de políticas públicas de alocação de recursos.

são o de próstata (152 mil), e para as mulheres, o de mama, com também (152 mil) casos estimados. Um importante alerta está em torno do câncer do colo do útero, que é o segundo tipo de câncer que mais levam mulheres ao óbito. No estado de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte, são estimados para o ano de 2016, 5.920 casos de câncer de próstata, e 5.160 casos de câncer de mama feminina.

Diante das estimativas até aqui já apresentadas, é possível perceber que o problema de câncer no Brasil é claro e incontestável, sendo considerado um problema de saúde pública. As medidas de controle e prevenção podem fazer com que a incidência da doença diminua e seja possível um tratamento, diagnóstico e acompanhamento a todos que necessitarem. No entanto, para que isso seja possível, é necessário que as medidas de prevenção e controle da doença sejam disseminadas de maneira uniforme por todo o país, permitindo que todos os indivíduos tenham acesso a informações úteis para prevenção e controle do câncer. Tais informações podem ser divulgadas de formas diversas, por meio de uma educação primária bem como de campanhas de mobilização da gravidade e progressão da doença (INCA, 2015).

De acordo com o Inca (2015), é imprescindível que haja monitoramento contínuo de programas de controle e prevenção do câncer para enfrentar e combater os fatores de risco da doença. Esse monitoramento deve contar com a supervisão e avaliação dos programas que se destinam ao reconhecimento de atividades necessárias para que se possa conhecer melhor o andamento e o impacto do perfil de morbimortalidade da população brasileira e também usufruir de um sistema de informações de qualidade que possa subsidiar análises epidemiológicas. Reconhece-se, diante dessa realidade, a relevância de esforços acadêmicos de pesquisa com a intenção de ampliar o contexto de trabalho dos médicos oncologistas, uma vez que este profissional está diretamente envolvido com o paciente acometido pelo câncer.



## **2.2 Os trabalhadores da área de saúde: considerações sobre os médicos oncologistas**

A profissão médica passou por transformações ao longo da história. No início do século XX, a medicina era exercida de forma autônoma, liberal e solitária e os profissionais estabeleciam seu próprio honorário, sua carga horária e os meios de tratamento com os pacientes. A medicina era embasada em conhecimentos advindos da prática e da experiência, e não em métodos científicos (SOUZA, 2007).

Em 1920, surge o departamento Nacional de Saúde Pública, que permitiu o assalariamento dos médicos pelo Estado. O Congresso Nacional dos Práticos, que aconteceu em 1922, trouxe mais uma mudança na prática da medicina, a qual se deu pela divisão do exercício médico em três vertentes: o generalista, o especialista e o higienista (SOUZA, 2007).

O generalista tinha como característica dominante o trabalho individual, o tratamento do paciente de maneira geral, em consultório próprio, tendo pouca preocupação com os métodos científicos. Esse profissional prezava pela convivência e intimidade com o paciente em uma relação de subordinação do paciente aos seus tratamentos (SOUZA, 2007).

O especialista se pautava pela racionalização de métodos científicos para o tratamento dos pacientes, no trabalho em equipe, em que cada profissional era responsável por determinada parte do corpo e a ele competia a responsabilidade por aquela parte no processo do tratamento. Ambos profissionais tinham por objetivo a cura de doenças e fins lucrativos (SOUZA, 2007).

O higienista tinha uma proposta diferente. Como premissa de seu trabalho, ele buscava abordar métodos científicos que fossem capazes de prevenir doenças e objetivava conquistar um profissional especializado voltado para o tratamento da coletividade, como a educação higiênica, visando à diminuição de doenças infectocontagiosas (SOUZA, 2007).

Outro momento importante ocorreu em 1950 com o avanço tecnológico e as mudanças na organização na profissão médica, que possibilitaram a consolidação das especialidades médicas bem como o reconhecimento por um ambiente “complexo médico hospitalar” como um local adequado para o atendimento das necessidades na arte de curar. Nessa mesma época, os cirurgiões começaram a operar pacientes com câncer. É nessa época também que a oncologia começa a ser praticada por médicos liberais generalistas, mesmo que na década de 1930, o título de generalista pertencesse aos médicos oncologistas, uma das especialidades da medicina que até hoje tem grande representatividade (SOUZA, 2007).

Em 1951, foi criado o Conselho Federal de Medicina, que normatiza e fiscaliza a profissão médica para garantir a qualidade na prestação de serviços médicos para a população. Sua sede fica localizada em Brasília, com jurisdição em todo território nacional, atuando em conjunto com os conselhos regionais (SOUZA, 2007).

Hoje, um dos desafios de se exercer a medicina está em enfrentar o desgaste vivido em decorrência da profissão que compromete a qualidade de vida dos médicos oncologistas e, conseqüentemente, o atendimento à população. No que diz respeito à saúde física e mental desses profissionais, sabe-se que eles vivenciam diversas emoções no decorrer de sua trajetória profissional, uma vez que cuidam de pacientes que estão fadados à morte, cabendo-lhes usualmente apenas aliviar a dor e não mais salvar vidas (FLAUZINO, 2012).

Conforme coloca Flauzino (2012), ao entrar em um hospital a expectativa do enfermo e também do médico é de que a vida seja restaurada, restabelecida, dita de outra forma “salva”, contudo, esse ambiente que acolhe vidas também acolhe mortes. O médico oncologista está exposto a conflitos de vida e de morte, perda de pacientes e descargas emocionais de familiares continuamente, o que gera nesse profissional, em algum momento, sensação de frustração, culpa e impotência diante das situações vivenciadas. Não sendo esses profissionais em sua formação acadêmica preparados para lidar com essas situações.

Os médicos oncologistas atuam em uma especialidade que tem características particulares, lidando com angústias e dilemas próprios da patologia clínica em que atuam (SILVA, 2011). Diante do aumento do número de casos da doença e de sua gravidade, os médicos oncologistas experimentam, juntamente com os pacientes, sensações de ansiedade, sofrimento e angústias ao diagnosticar a doença, indicar o tratamento, acompanhar as internações, operar, comunicar os diagnósticos terminais bem como cuidar dos pacientes em seus últimos dias e ver mortes constantemente. Por mais rotineiro que esse processo seja para os médicos oncologistas, é impossível que eles se acostumem com tal situação (SILVA, 2011).

Acompanhar pacientes em sua trajetória de morte é um processo impactante que traz questionamentos e reflexões sobre a vida, a morte e sobre a própria finitude do médico oncologista, que, como um ser humano, não está inune a esta condição. No entanto, o conflito maior está em acompanhar um paciente em seu processo de morte, processo este que envolve não só os médicos oncologistas como também toda uma equipe médica e familiares que compartilham esse momento (FLAUZINO, 2012).

Vale ressaltar que a literatura evidencia que os médicos oncologistas não estão preparados para lidar com os impactos emocionais que a profissão requer. Usualmente, recebem em sua grade curricular conceitos objetivos e técnicos, ou seja, o que é a doença e os tratamentos indicados para cada fase entre outros (FLAUZINO, 2012). Todavia, o estudo de Junqueira (2016) revelou que os médicos oncologistas se sentem despreparados para lidar com as questões sociais que envolvem a profissão, por exemplo, como lidar com a morte, com a dor e com o sofrimento alheio de maneira diária e com intensidades diversificadas. O estudo conclui que esses profissionais sentem a necessidade de que sejam incluídas na grade curricular matérias que compreendam as dimensões humanas no relacionamento com pacientes e familiares.

Para Hoirisch (2006), o aluno de medicina em seu processo de formação lida com necropsias e conceitos teóricos. Ao ingressar na carreira médica, sobretudo na oncologia, o profissional depara-se com seres humanos doentes, mas com

expectativas de cura, passando a enfrentar uma situação para a qual não foi preparado de fato.

Por essa razão, Flauzino (2012) questiona se a formação acadêmica de um médico não deveria incluir disciplinas que propiciassem a eles condições de lidar com as emoções humanas. A formação dos médicos o prepara para as questões técnicas, como identificar o tipo da doença, tratamento e medicamentos. Mas, quando começam a exercer a profissão, principalmente a de oncologista, além dessas habilidades técnicas, é exigido deles o controle emocional para lidar constantemente com a morte. Dentre os questionamentos do autor, ressalta-se:

Como é ser médico oncologista diante da morte de seu paciente? Como é ter que entender que a morte é uma doença a ser combatida? A formação médica está voltada para os aspectos técnicos ou humanos? São questões que nos levam a pensar onde residem as dificuldades do médico em lidar com a perda de um paciente (FLAUZINO, 2012, p. 55).

O momento de revelar ao paciente o diagnóstico é outro ponto crítico para esses profissionais. Saber como falar é um gargalo a ser enfrentado, uma vez que nessa hora as emoções são inevitáveis para ambos (SERRANO,2014). O diagnóstico da doença é permeado de expectativas e de emoções, visto que os sujeitos carregam consigo o pré-conceito de que o câncer é sinônimo de morte (SILVA, 2011).

Os médicos oncologistas convivem diariamente com a dor, com o sofrimento e com a morte. Associa-se a tudo isso o sofrimento de pacientes e de familiares, que a partir do diagnóstico da doença, do início do tratamento, das internações constantes e não raras mortes, vivenciam uma carga emocional pesada. Mesmo com a utilização de mecanismo de defesas para se proteger dessa rotina profissional, o médico oncologista convive por um tempo prolongado com o paciente e pode criar vínculos afetivos com o enfermo (RAMALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2007).

Para Serrano (2014), os cuidados com os pacientes em estágio terminal causam reflexão sobre a finitude da vida e sobre as limitações da profissão, considerando que o profissional médico oncologista é também um ser humano, e, como tal, não está alheio a esse processo. Cabe ao médico oncologista, nesse momento, zelar pela vida e aliviar o sofrimento do paciente. Mesmo que o ciclo natural da vida seja

nascer, crescer e morrer, entender a finitude da vida, não é uma tarefa fácil. Ter de se deparar com essa situação diariamente é mais difícil ainda.

O conjunto dos elementos apresentados fazem parte da rotina profissional dos médicos oncologistas que não são neutros nesse processo (SOUZA, 2007), ficando susceptíveis ao sofrimento no trabalho. Esse é um dos assuntos a serem tratados no referencial teórico.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

No referencial teórico, discute-se a centralidade do trabalho, no que diz respeito à relação do homem com o trabalho no contexto atual, evidenciando o seu significado para o indivíduo e como a história do trabalho se modificou até os dias de hoje. Em seguida, teoriza-se sobre a psicodinâmica do trabalho no contexto das relações vivenciadas pelo indivíduo em seu ambiente de trabalho destacando-se elementos pertinentes ao prazer e ao sofrimento decorrente das atividades profissionais bem como as estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho.

#### **3.1 Centralidade no trabalho**

O trabalho sempre esteve presente na vida dos homens de diferentes formas, e sua concepção vem se modificando com o passar do tempo. O trabalho, que já representou distinção entre escravos e nobres, hoje ganha nova forma e ocupa lugar de destaque na vida dos indivíduos, que enxergam em suas profissões a fonte de felicidade, realização e prazer (DUARTE; MENDES, 2015).

As mudanças ocorridas na trajetória do trabalho desde a escravidão até os dias atuais tiveram alguns elementos importantes que contribuíram para essa transformação do trabalho de escravidão para a servidão voluntária conforme afirma (DUARTE; MENDES, 2015).

Já os avanços tecnológicos, a forma de organização do trabalho, a flexibilização do trabalho, as novas formas e os locais de se trabalhar e controlar o trabalho são mudanças que possibilitaram ao indivíduo escolha exercer uma função profissional e se destacar na sociedade em que está inserido, dando um novo sentido do trabalho em sua vida em âmbito pessoal e social (TOLFO; PICCININI, 2007).

A reestruturação do mundo do trabalho trouxe implicações impostas pelo capitalismo bem como grandes desafios a serem enfrentados para garantir a sobrevivência em um mercado de trabalho marcado por forte concorrência de profissionais que devem superar diversos obstáculos, sendo seus próprios limites um deles. Este profissional

não pode considerar a ideia de fracassar ou desistir, pois isto implica estar fora do mercado de trabalho (ANTUNES, 1999).

O ato de trabalhar já foi sinônimo de algo associado a um castigo inevitável em que todos têm que passar para conquistar seus objetivos, definidos por muitos como luta, lida e até mesmo uma obrigação (DUARTE; MENDES, 2015). O significado da palavra trabalho é um exemplo de que o termo tem como origem o sofrimento, do latim *tripalium*, que era instrumento utilizado pelos romanos para a tortura (BONZATTO, 2011).

Contudo, hoje a realidade do significado do trabalho é outra, constituindo-se na instância em que o indivíduo deseja expressar sua plenitude com um ser humano ativo e realizado, tendo como principais motivações não apenas a remuneração financeira e a garantia de sobrevivência, mas, sim, o relacionamento com as outras pessoas e uma forma de se evitar o tédio (MORIN, 2001). Ainda de acordo com a autora, em pesquisa realizada tendo como base a pergunta – “se você tivesse bastante dinheiro para viver o resto de sua vida confortavelmente sem trabalhar, o que você faria com seu trabalho?”, 80% das pessoas que participaram desta pesquisa afirmaram que continuariam trabalhando pelas questões citadas acima, o que reforça a centralidade do trabalho na vida do indivíduo. Assim, a autorrealização, satisfação individual e social são representações do trabalho na vida do indivíduo que busca em seu ofício a criação de identidade como meio em que possam desenvolver habilidades e ser reconhecidas por elas perante a sociedade, familiares, amigos e colegas de função (MORIN, 2001).

Considerando a trajetória de mudanças na organização do trabalho até aqui delineadas, ressalta-se que o trabalho representava para o indivíduo um processo necessário e indispensável para garantir o sustento, mesmo com a precariedade que se observava nas condições de trabalho e pressão sobre a execução das tarefas entre outros elementos (DEJOURS, 2004). No século XXI, as rápidas mudanças que acontecem na atualidade delimitam um mercado de trabalho cada dia mais competitivo, não só localmente, mas também mundialmente. Assim, a exigência por inovações constantes, o aprimoramento de processos, a gestão do conhecimento, a adaptação às novas tecnologias, além da flexibilização das relações de trabalho

passam a ideia de que as formas flexíveis de trabalho darão aos indivíduos domínio sobre a sua atividade profissional e a conquista de mais tempo livre para as demais atividades. Todavia, o que se pode notar é que eles acabam por trabalhar cada vez mais, mesmo que de maneira inconsciente. Todos esses fatores contribuem para a mudança do sentido de trabalho na vida de indivíduos (TOLFO; PICCININI, 2007).

Não obstante os elementos anteriormente destacados, o trabalho ocupa papel central na vida dos indivíduos, de tal forma que muitos adiam ou até renunciam a decisões da vida particular como contrair matrimônio, ter filhos ou requerer a aposentadoria, em função do ofício que exercem. As profundas e constantes mudanças na organização do trabalho (TONON; GRISCI, 2015) exigem dos profissionais um alto nível de comprometimento com os valores estabelecidos pela organização tais como iniciativa, flexibilização, disponibilidade, autogerenciamento, doação, entre outros (BARROS; ANDRADE; GUIMARÃES, 2008).

Pode-se dizer que a sociedade, que antes trabalhava para viver, hoje vive para trabalhar (DUARTE; MENDES, 2015) e tem o trabalho como centro de sua vida. Quando o indivíduo coloca o trabalho no centro de sua vida, conforme dizem Tonon e Grisci (2015), ele tende a deixar a vida pessoal em último plano, correndo o risco de adoecer fisicamente ou psiquicamente. Vale ressaltar que o trabalho, que um dia foi sinônimo de punição, sofrimento e dor, atualmente, tornou-se um elemento central na vida das pessoas, de forma a idealizarem o exercício profissional como uma fonte significativa de realização. Devido ao alto grau de expectativa criado em torno do trabalho, muitas frustrações são vivenciadas pelos indivíduos (DUARTE; MENDES, 2015).

Além disso, o trabalho representa para o homem muito mais do que sobrevivência e uma forma de ter posses, sendo, também, um dos promotores de inserção social e um local em que se colocam em prática os saberes. Conforme Dejours (2004), o trabalho implica o exercício de habilidades e competências para fins de reconhecimento de beleza e utilidade.

Dejours (1991) afirma que mesmo inserido em um ambiente de trabalho que pode causar no indivíduo desgaste físico, psíquico, mental e emocional as sensações de



prazer e significado tem maior valor para o indivíduo que se justificam nelas para compensar os desgastes vividos no trabalho e continuar a desempenhar suas funções. Em alguns indivíduos a insistência em resistir a um ambiente de trabalho adverso causa nos sujeitos o adoecimento físico, psíquico e mental.

Expressões como “trabalhar dignifica o homem”, já colocava o trabalho como algo importante e parte integrante da vida humana. O que tem se modificado com o tempo são as formas de trabalhar e como o indivíduo se sente representado pelo ofício que exerce. O que antes era tido apenas como uma forma de assegurar a sobrevivência tem se tornado razão de viver (DUARTE; MENDES, 2015). Em um contexto em que se passa o tempo todo em função do trabalho, mesmo que de forma inconsciente, os indivíduos não conseguem se desligar do ofício mesmo estando em lugares inusitados como festas, encontros familiares e meio de transportes (TONON; GRISCI, 2015).

Para Thiry-Cherques (2004), a centralidade do indivíduo no trabalho está relacionada ao sentido que ele atribui ao seu ofício, de maneira a criar elos que o representem, sendo a maneira pela qual estão inseridos e notados na sociedade, formando assim um vínculo de relação social mais importante do que a relação de trabalho para subsistência. Tonon e Grisci (2015) afirmam que a ligação do sujeito com o trabalho por ser tão forte que para alguns é impossível romper com esse elo. E por essa razão muitos adiam aposentadorias, ou até mesmo trabalham de maneira voluntária para não romper com o vínculo social e emocional que o trabalho representa. Para esses, a ruptura desse elo pode causar adoecimento físico, psíquico e mental, levando alguns à perda de sentido de vida de maneira tão efetiva que são capazes até mesmo de cometer suicídio (BASTOS; GONDIN, 2010).

Enfim, o trabalho contribui para que o indivíduo construa sua identidade no mundo, e, por meio da sua profissão, sinta-se digno e orgulhoso pelo papel que exerce na sociedade. Por essa razão, o trabalho é um dos fatores que distingue os homens um dos outros (MORIN, 2001). Essa distinção pelo trabalho veio se modificando segundo Duarte e Mendes (2015) ao longo da história, ou seja, passou por modificações de significado, uma vez que trabalhar era destinado aos que não possuíam renda e não para os nobres e os abastados. Com a modificação da

sociedade e da forma como o trabalho passou a ser representado nos dias atuais, aconteceu uma inversão de valores. O trabalho hoje representa dignidade, importância e razão de ser, sendo nobre aquele que exerce uma profissão importante e bem remunerada (DUARTE; MENDES, 2015). Portanto, o trabalho é hoje uma atividade social indispensável para a valorização do homem, age como fator que agrega conhecimento, auxilia na saúde física mental e cultural, faz com que o sujeito se sinta vivo, revigorado e útil no meio em que vive (TONON; GRISCI, 2015).

O trabalho, por ocupar lugar central na existência dos indivíduos, faz com que eles busquem um espaço para se obter qualidade de vida, bem-estar e prazer (LEITE; FERREIRA; MENDES, 2009). De acordo com Ferreira e Mendes (2001), a qualidade de vida no trabalho pode ser definida como um conjunto de ações individuais ou em grupo que auxiliam tanto no alcance dos objetivos empresariais, quanto na possibilidade de as pessoas satisfazerem suas necessidades pessoais e profissionais. Para Leite, Ferreira e Mendes (2009), é necessário romper com a perspectiva de qualidade de vida no trabalho associada ao aumento de produtividade, sendo necessário almejar a prevenção de doenças provocadas pelo trabalho, bem como a manutenção da saúde física e mental do trabalhador. Quando esse equilíbrio é rompido, dificulta-se a obtenção de prazer ocupacional, abrindo-se espaço para o aparecimento do sofrimento. Esses assuntos são tratados a seguir.

### **3.2 Psicodinâmica do trabalho**

A psicodinâmica do trabalho teve sua origem nos estudos do psiquiatra e psicanalista francês Christophe Dejours, na década de 1990, abordando os processos inconscientes do indivíduo estabelecidos nas relações mantidas com o trabalho (DEJOURS, 1991). O autor passou a observar não apenas a existência de uma síndrome psicopatológica decorrente dos constrangimentos sofridos no trabalho, como acontecia com os problemas físicos, mas, também, a mobilização subjetiva do empregado para equilibrar vivências de prazer e sofrimento advindas do trabalho.

Inicialmente, Christophe Dejours utilizava o termo psicopatologia do trabalho para caracterizar o tratamento e a compreensão das doenças mentais e psicossomáticas de trabalhadores que se encontravam afastados de suas atividades profissionais por razão de patologias. Posteriormente, o foco do estudo passou a ser também os profissionais em pleno exercício de suas funções, com enfoque no prazer e no sofrimento advindo do trabalho. Com isso, um novo termo veio a ser utilizado que expressaria melhor o campo de trabalho e pesquisa, a psicodinâmica do trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003).

Para Mendes (2007), os estudos da psicodinâmica do trabalho podem ser delineados em três etapas. A primeira, marcada pela publicação do livro *“A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”*, de Christophe Dejours, nos anos 1980, na França. O tema central da obra recaía sobre a origem do sofrimento do trabalhador com a organização do trabalho. A segunda fase foi estabelecida a partir da obra intitulada *“O fator Humano”*, publicada em 2002, que enfatizava as vivências de prazer e sofrimento bem como as estratégias de defesa para lidar com o sofrimento do trabalho. E a terceira se iniciou da década de 1990, quando a psicodinâmica do trabalho passou a ser considerada uma disciplina, ou seja, uma abordagem científica, sendo capaz de explicar vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Para Duarte e Mendes (2015), a psicodinâmica do trabalho tem como foco de estudo a “normalidade”, o que não significa uma vida para o trabalhador de forma saudável, podendo haver alguns sintomas patológicos no percurso até encontrar um equilíbrio entre os constrangimentos advindos do trabalho e as estratégias de defesa criadas pelo indivíduo para suportar o sofrimento causado pelo trabalho. Assim sendo, esse equilíbrio garante não necessariamente a saúde, mas, sim, o não adoecimento.

Mendes (2007) afirma que o trabalhador mantém uma relação de submissão às condições de trabalho, não sendo capaz de se expressar objetivamente sobre questões que lhes causam transtornos ou constrangimentos, o que pode gerar nesses indivíduos o adoecimento físico ou mental.

Para Dejours, Aboucheli e Jayet (1994), a “normalidade” pode ser definida como o equilíbrio psíquico do indivíduo frente às condições adversas do trabalho bem como os mecanismos de estratégias de defesa por ele utilizados para enfrentar o sofrimento, minimizar os impactos do trabalho e evitar o adoecimento, a loucura e a somatização de doenças. Segundo Dejours (2008), com o estudo da “normalidade”, a psicodinâmica do trabalho tornou-se um campo de pesquisa mais amplo, no qual é possível analisar não somente a díade prazer e sofrimento, como também o comportamento humano no trabalho, a organização do trabalho, bem como as relações sociais estabelecidas no ambiente ocupacional.

De acordo Dejours (1993), o ponto mais relevante da psicodinâmica do trabalho é compreender como o indivíduo consegue se manter equilibrado frente às adversidades, pressões, aos ambientes de trabalho desestruturantes e, ainda assim, manter-se equilibrado psicologicamente. Para isso, é importante desvendar os mecanismos de mediação utilizados de forma individual ou coletiva para enfrentar o sofrimento e, conseqüentemente, evitar o adoecimento.

Conforme Merlo (2002), um ponto importante a ser observado na psicodinâmica do trabalho é que ela contempla a coletividade e não apenas a análise da vida do trabalhador de forma particular. Portanto, deve-se pesquisar o modo como o trabalho é organizado e os constrangimentos pelos quais o trabalhador é submetido frente à mesma organização (DUARTE; MENDES, 2015).

A psicodinâmica do trabalho é considerada um método crítico que contesta a realidade com o propósito de compreender o indivíduo no que tange à subjetividade e como acontece o convívio social e a sua participação dentro da empresa. Aborda as relações de prazer e sofrimento no trabalho bem como as estratégias coletivas e individuais para suportar o sofrimento oriundo do trabalho (DEJOURS, 2004). Esses elementos serão referenciados a seguir.

### **3.2.1 Prazer no trabalho**

Segundo Freud (1976), o ser humano é movido pelos seus desejos, e as oportunidades de concretizar tais desejos provocam no indivíduo sensações de

prazer. O trabalho é um dos promotores de satisfação dos desejos humanos, ou seja, quando o indivíduo desfruta dos benefícios provenientes do trabalho é reconhecido e sente prazer no que faz. É também um espaço para criar no ser humano uma identidade que o diferencie das outras pessoas e fazer com que ele se sinta reconhecido e valorizado (DEJOURS, 1993).

Ferreira e Mendes (2003) descrevem algumas características de relações de prazer no ambiente de trabalho. Uma delas é o bem-estar físico e mental nas relações interpessoais que indivíduo obtém por meio do trabalho, sentindo-se saudável e pleno para o exercício da sua atividade profissional. Ainda para esses autores, o prazer pode ser considerado como a consequência do desenvolvimento amplo do indivíduo que fica evidenciado quando a pessoa se sente capaz de concretizar os parâmetros por ela propostos com autonomia e liberdade, estabelecendo uma relação de satisfação consigo mesmo e com os demais.

Na sociedade atual, em que o capitalismo impera, ter prazer pode estar associado à obtenção de dinheiro, acúmulo de riquezas como forma de poder social, *status*, em que o ter se sobrepõe ao ser (HARVEY, 1993). Conforme dizem Valeriano e Garcia (2007), a ausência de uma remuneração alta no trabalho pode representar para o indivíduo uma fonte de frustração, contudo vale ressaltar que o indivíduo não trabalha apenas com objetivo de se enriquecer (MORIN, 2001), tendo outras motivações que o levam a querer trabalhar como, por exemplo, o sentimento de pertencer a uma organização, sentir-se útil, evitar o ócio e poder relacionar-se com outras pessoas, entre outros.

Os indicadores de prazer no trabalho são diversos e também subjetivos, pois o que pode representar prazer para um indivíduo pode não representar para o outro (DEJOURS, 2004). Dentre os fatores que podem representar o prazer no trabalho destacam-se a realização pessoal, a utilidade, o reconhecimento, a valorização, a liberdade, a capacidade, a gratificação, o orgulho, o poder de relacionar-se com outras pessoas, evitar o tédio, o sentimento de pertencer a uma organização, a capacidade de destacar-se e de aprender (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; FERREIRA; MENDES, 2001; MORIN, 2001).

O prazer pode ser considerado como um sentimento de satisfação ao se alcançar um objetivo por meio do esforço do indivíduo, do meio no qual está inserido ou por estar em concordância com o sujeito no momento em que acontece. Contudo essa sensação pode ser efêmera e, por essa razão, cabe ao indivíduo gerenciar essas vivências (PRADO, 1998).

O trabalho representa para o homem a posição que ocupa no meio em que está inserido, e, por meio dele, o sujeito quer conquistar e realizar seus sonhos materiais e psíquicos via a função por ele desempenhada (GODOY, 2009). Ser produtivo, ativo, valorizado e reconhecido pelo trabalho pode representar uma fonte de prazer quando o indivíduo consegue expressar sua importância para a organização e para a sociedade ao se tornar referência na função que exerce, destacando-se no meio em que está inserido. Os frutos do trabalho reforçam essa sensação de prazer de forma objetiva no momento em que o sujeito consegue elevar seu patamar, progredir financeiramente e materialmente, além de construir vínculos emocionais com os demais trabalhadores com os quais convive (FERREIRA; MENDES, 2003).

Para Dejours (2004), o trabalho representa fonte de prazer para o indivíduo, porque denota vitalidade para a existência humana. Este prazer se manifesta por meio de habilidades profissionais e pelo reconhecimento das funções desempenhadas. Sentir prazer no trabalho é um dos objetivos do ser humano que busca nas suas expertises desenvolver todo seu potencial laborativo para ser admirado e reconhecido por outros indivíduos e pela sociedade em geral.

Para Ferreira e Mendes (2001), um dos objetivos de se trabalhar é a obtenção do prazer, um sentimento inseparável da valorização e reconhecimento que se espera ter pelo trabalho desempenhado. Soma-se a isso o fato de que o indivíduo passa a maior parte da sua vida saudável e útil no trabalho, por essa razão estabelece forte ligação com o meio ocupacional.

Trabalhar é essencial para a valorização do indivíduo perante a uma sociedade, e para alcançar esse objetivo os indivíduos direcionam suas forças para conseguirem um trabalho que lhes garantam sucesso e prestígio social. A organização por sua vez aproveita-se desse empenho dos trabalhadores para impor-lhes ritmos de

atividade laboral cada vez acelerados (ROHN; LOPES, 2015). Nessas condições, o trabalho pode desencadear o sofrimento no trabalho.

### 3.2.2 Sofrimento no trabalho

A palavra trabalho deriva do termo latim *tripalium*, formado pela junção dos elementos *tri*, que significa “três”, e *palum*, que quer dizer “madeira”. *Tripalium* era o nome de um instrumento de tortura constituído de três estacas de madeira bastante afiadas e que era comum em tempos remotos na região europeia. No sentido original, os escravos e os pobres que não podiam pagar os impostos eram os que sofriam as torturas no *tripalium* (DUARTE; MENDES 2015). Posto isto, trabalhar significava ser torturado, não ter posses, ser pobre, ou seja, estava ligado a sofrimento e castigo.

Segundo Dejours (2004), o verbo trabalhar está associado a uma carga pesada, a um sofrimento, desgaste físico e mental que é preciso passar para obtenção do prazer. “O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude; o que faz do sofrimento uma dimensão não apenas psicológica, mas, sobretudo, existencial” (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004, p. 215).

O sofrimento no trabalho é desencadeado por diversos fatores como falta de reconhecimento, baixa remuneração, frustrações de suas expectativas entre outros. É importante ressaltar que o sofrimento é individual e depende da construção social e psíquica de cada indivíduo, porque o que pode representar sofrimento para um pode não significar sofrimento para o outro (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004) tendo em vista a cultura e a subjetividade.

Para Dejours (1991), o sofrimento pode ser vivenciado mais de uma vez de maneiras diversas tais como: de modo consciente, inconsciente, individual, coletiva, por meio de vivências marcantes, dolorosas, medo, entre outros. O autor ainda afirma que tais sensações de sofrimento acometem o sujeito quando a realidade por ele vivida não é capaz de garantir que os desejos e expectativas se concretizem.

Dejours (1994) afirma que o trabalho traz consigo uma ambivalência entre o prazer e o sofrimento. O bem-estar está ligado a um ambiente de trabalho harmônico e que

recompense todo esforço do trabalhador, um local em que se realize como pessoa e possa realizar seus sonhos e expectativas, ou seja, o prazer está relacionando à subjugação do trabalho. Assim sendo, é possível perceber que o exercício profissional afeta o indivíduo em suas esferas psíquicas e mentais. Essa relação afetiva pode ser representada por amor, ódio, tristeza, desânimo, desprezo. Contudo, o trabalho acaba por associá-la principalmente à ideia de sofrimento.

Segundo Oliveira e Mendes (2014), o sofrimento pode ser considerado inerente à existência humana, na qual o indivíduo é exposto a diversos meios de convívio social, sendo o trabalho um deles. Porém, o sofrimento pode ser diferenciado entre criativo e patogênico. O criativo é aquele que o sujeito cria estratégias, na maioria das vezes, criativas para suportar o sofrimento. Já o patogênico é aquele sofrimento que pode levar o indivíduo a doenças, ocorrendo, geralmente, quando o sujeito já esgotou seus recursos defensivos (DEJOURS, 1993).

Para Brant e Minayo-Gomez (2004), é importante esclarecer que o sofrimento é algo subjetivo e que varia de sujeito para sujeito, assim uma situação que pode representar sofrimento para um, pode não ser para o outro. Essa percepção de sensação de sentimento negativo bem como de adoecimento no trabalho acontece para uns e para outros não. Por assim ser, Mendes (2007) destaca que o sofrimento pode ter uma conotação positiva, visto que por meio dele o sujeito pode encontrar oportunidade de se sobressair no meio de trabalho. Para isso, as características pessoais são imprescindíveis para determinar o sucesso ou o fracasso desse indivíduo.

A maneira como o trabalho está organizado pode causar sofrimento no indivíduo, como baixo aproveitamento das habilidades técnicas, falta de autonomia, não participação nas tomadas de decisões da organização entre outros (DEJOURS, 2012). O sofrimento no trabalho também pode ser ocasionado pela falta de equilíbrio na vida pessoal e profissional, o que provoca no sujeito a sensação de incompletude e ineficiência em ambas as funções por ele exercidas, pois não consegue estabelecer parâmetros que delimitem o espaço entre o trabalho e o particular (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).



Em um momento de crise pelo qual passa o país, com o crescente número de desempregados, o trabalhador vive inseguro quanto ao cargo que ocupa, sujeitando-se a diversas situações para manter-se empregado (TONON; GRISCI, 2015). Este cenário potencializa o sofrimento ocupacional levando o empregado a acatar as imposições vigentes pelo mercado de trabalho. Esse conjunto de fatores faz com que os profissionais deixem para segundo plano o projeto de realizações pessoais, visto que são impelidos a se tornarem cada vez mais eficientes e produtivos. Essa realidade gera nesses indivíduos um desgaste psíquico e físico, que, por sua vez, desencadeia um estado de estresse que o sujeito não consegue suportar, sendo comum o uso de tranquilizantes e entorpecentes com vistas a alcançarem os objetivos organizacionais, uma vez que se não atenderem às expectativas organizacionais, eles estão sujeitos a saírem do mercado de trabalho (ENRIQUEZ, 1999). Esses mecanismos fazem parte das diferentes estratégias que um indivíduo pode adotar para lidar com o sofrimento do trabalho e minimizar o aparecimento de doenças ocupacionais.

### **3.2.3 Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho**

Diante das diversas situações de conflito às quais o indivíduo está exposto no ambiente de trabalho e aos riscos para a saúde física e mental oriundos da atividade por ele exercida, o sujeito cria estratégias para se proteger e suportar as condições adversas do trabalho, não somente como forma de proteção, mas, também, como forma de adaptação e exploração (DEJOURS, 2004). Dito de outro modo, diz-se que o indivíduo busca, para lidar com o sofrimento, uma maneira de evitar, minimizar ou, se possível, até transformar as sensações de sofrimento em algo que possa representar prazer.

As estratégias de proteção constituem uma maneira que o indivíduo encontra para, de certa forma, enfrentar os conflitos por ele vivenciados em decorrência do sofrimento obtido pelo trabalho, valendo-se de mecanismos como a racionalização do trabalho e alienação das razões que lhe causam sofrimento, configuram-se pela maneira de como se pensa, age e se protege do sofrimento do trabalho. Tais defesas atenuam o sofrimento, racionalizando-o. No entanto, as estratégias de exploração e adaptação estão baseadas na premissa da negação ao fator que lhe

ocasiona o sofrimento, sendo assim o indivíduo sujeita-se às imposições da organização e aos modos de produção a que são expostos (DEJOURS, 1991; MENDES, 2007).

Para Ferreira e Mendes (2003), as estratégias defensivas se baseiam em dois elementos que são a negação e racionalização. A negação, como a própria palavra já revela, refere-se ao ato de negar a realidade vivida por meio de mecanismos como a supervalorização de pontos positivos e a banalização do sofrimento, levando o indivíduo a acreditar que esse sofrimento seja um processo natural. As consequências advindas da negação do sofrimento são o isolamento, a desconfiança, o individualismo, a eliminação do coletivo no trabalho, entre outros.

A racionalização consiste em evitar e eufemizar, simplificar os medos, as angústias e as inseguranças provenientes do trabalho. As características são a procura por justificativas revolucionárias, mencionar causas extremas para explicar eventos dolorosos e desagradáveis no ambiente de trabalho, a imposição de ritmos acelerados, a exigência de autodesempenho e de produção. São comuns comportamento de passividade, conformismo e indiferença (FERREIRA; MENDES, 2003).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam existir outras manifestações das estratégias de defesas que podem ser perceptíveis no comportamento do indivíduo dentro da organização, sendo elas a frieza nas relações profissionais, o ceticismo, o desprezo, a indiferença, o afastamento, entre outros.

Para Dejours (1991), os mecanismos de defesa utilizados pelos sujeitos podem ser individuais, coletivos, conscientes e, na maioria das vezes, inconscientes. Inicialmente, essas estratégias têm o intuito de proteger o indivíduo dos conflitos existentes entre as expectativas pessoais e as organizacionais. Contudo, quando tais estratégias são utilizadas por um tempo prolongado, sua eficiência se perde e dá lugar à alienação e ao fracasso. Nesse contexto, podem surgir doenças psicossomáticas, doenças ocupacionais como, por exemplo, o estresse e a depressão entre outros.

As estratégias são importantes para a adaptação ao sofrimento, que são interiorizadas individualmente sem a necessidade dos outros indivíduos nesta introjeção. Já as estratégias coletivas precisam da mobilização de um grupo de pessoas (DEJOURS, 1991). Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), existe uma clara diferença entre as estratégias de cunho individual e as coletivas, que está no fato que as estratégias individuais terem como objetivo a adaptação do sofrimento por meio da negação do mesmo. Já as estratégias defensivas coletivas necessitam da mobilização dos outros indivíduos, sendo assim elas ocorrem de forma externa, por meio de um consenso dos indivíduos que percebem algo comum nos conflitos existentes no trabalho, geralmente caracterizado pelas pressões por eles vivenciadas.

As estratégias utilizadas pelo trabalhador para se defender do sofrimento laboral podem transformar o estado mental do indivíduo dentro e fora do trabalho, torná-lo indiferente ao que lhe faz sofrer, como uma defesa que bloqueia o sofrimento como se ele não existisse. Muitas dessas defesas são criadas de forma inconsciente, ou seja, o indivíduo não tem percepção do uso dessas estratégias (DEJOURS, 2012).

As estratégias de defesas são inerentes ao trabalho conforme afirma Dejours (2004), mas é preciso atenção quanto à utilização desse mecanismo que pode causar nos indivíduos alienação e individualismo. O ser humano é capaz de criar mecanismos que os defendam das agressões sofridas de maneira automática e sem percepção do uso dessas estratégias. Para não cair em armadilhas no uso de estratégias de defesa, é preciso que o indivíduo busque analisar criticamente os conflitos vivenciados, para não adoecer física ou psíquica (MENDES, 2007).

Ainda segundo Mendes (2007), o trabalhador constitui o elo mais fraco na organização, submetendo-se às imposições organizacionais, sujeitando-se a diversos constrangimentos em função da sua sobrevivência e permanência na organização. Assim sendo, para conseguir sobreviver nesse ambiente de exigências constantes, para aliviar o sofrimento, o trabalhador cria estratégias para protegê-lo ao invés de tentar mudar a realidade por ele vivida.

É possível perceber que as estratégias para lidar com o sofrimento se tornam necessárias para que o indivíduo encontre um equilíbrio que lhe permita continuar no trabalho de maneira a não adoecer e evitar a loucura (LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Em alguns momentos, elas funcionam de maneira a tornar o sofrimento em algo que seja suportável (DEJOURS, 1991), embora possam mascarar o problema ocasionando doenças.

Para Cançado e Sant'anna (2013), as estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho surgem da dificuldade do indivíduo de enfrentar e reagir de maneira consciente à situações que causam desconforto no trabalho, sendo então sublimadas de tal forma que nem o próprio sujeito tem “conhecimento” dos mecanismos por ele criado.

A impotência diante das situações de confronto pode causar no indivíduo reações distintas, ou seja, mesmo que vários indivíduos sejam expostos ao mesmo conflito suas reações podem ser variadas, sendo mais saudáveis ou mais patológicas. Essas reações estão relacionadas com a maneira de como esse sujeito se sente afetado por determinada situação (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

Nesse sentido, ainda segundo Vieira, Mendes e Merlo (2013) quando o sujeito se apropria desse afeto para conseguir transpor uma situação que lhe causa desgaste no trabalho e criar significados para tal sofrimento é o início para criação de estratégias e mecanismo de defesas. Em algumas situações o que se espera com essas práticas é transformar o sofrimento em prazer, com a finalidade de ser reconhecido (DEJOURS, 2004). Pode ocorrer também que a reação do indivíduo seja reprimida, ou seja, ele não consegue se manifestar de maneira real as situações que lhe causa frustrações no trabalho, gerando nesse sujeito uma paralisção que pode causar patologias, que por sua vez pode ser percebido pelo sujeito como uma situação prazerosa à medida que ele se sente confortável por estar apegado ao sofrimento.

Encarar esse sofrimento de maneira consciente implica um encontro com o desejo e as suas consequências, coloca o indivíduo em uma situação em que ele se

confronta com o desejo de atender ao desejo alheio, ou seja, uma situação impossível de ser realizada (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

O sofrimento é constantemente mediado, seja pela criação de mecanismos de defesa, seja pela mobilização subjetiva. A dificuldade maior em conseguir descobrir o que causa o sofrimento no trabalho dos sujeitos é acessar tais mecanismos que em sua maioria são inconscientes e normalmente aparecem na forma de silêncio, atos falhos e chistes, o que requer conhecimento específico para saber reconhecer esses sinais (MENDES; VIEIRA, 2014).

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia é a parte da pesquisa pela qual se busca atingir os objetivos propostos, que venham a responder aos questionamentos propostos, bem como abrir lacunas para novos estudos. Expõe-se nesse capítulo o tipo, a abordagem e o método de pesquisa; a unidade de análise e os sujeitos da pesquisa; a coleta de dados e o tratamento dos dados.

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

Para se chegar aos objetivos deste estudo, foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem de caráter qualitativo.

A pesquisa descritiva faz uso da observação, do registro e da análise dos fatos ou fenômenos, sem a intenção de interferir neles. Busca descobrir como os fenômenos ocorrem, sua regularidade bem como suas motivações. Tem como objetivo conhecer novos fenômenos nos aspectos sociais, político e econômico da vida, tanto individual como coletiva (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2002). Pretende-se nesta dissertação, descrever o sentido do trabalho de médicos que atuam como oncologistas em diferentes hospitais localizados na cidade de Belo Horizonte, procurando identificar as vivências de prazer e sofrimento oriundos da profissão, bem como as estratégias que eles utilizam para lidar com esse sofrimento decorrente do exercício de suas funções.

No que diz respeito à abordagem qualitativa, ela tem como principais características o fato de não se preocupar em medir, mensurar, quantificar fenômenos e de visar ao aprofundamento do fenômeno levando em consideração sua subjetividade. Considera o ambiente natural como fonte direta de estudo e pesquisa e o pesquisador como instrumento fundamental na coleta e análise dos dados (GODOY, 1995), pois, à medida que esse processo vai acontecendo, ele pode ir explorando pontos adicionais de discussão.

## 4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

De acordo com Godoy (1995), a unidade de análise designa os elementos que representarão a população a ser estudada em uma pesquisa. Faz-se necessário e importante, pois a partir daí são estabelecidas as fronteiras de interesse do pesquisador bem como até onde ele deve ir, e como abrir campo para novos estudos quando necessário. Esta pesquisa teve como unidade de análise os médicos oncologista que atuam em diferentes hospitais de Belo Horizonte.

As entrevistas foram realizadas em três hospitais de Belo Horizonte, sendo escolhidos por serem considerados de referência em tratamento oncológico de Belo Horizonte, o qual esses hospitais recebem casos de câncer de todo estado de Minas Gerais para realizar tratamento desde a fase inicial ao mais avançado estágio da doença. Um desses hospitais, como sendo considerado de referência em tratamento do câncer também realiza pesquisas no sentido de descobrir novos procedimentos e medicamentos no tratamento e na busca de cura para alguns tumores. Existe também no hospital um incentivo aos profissionais a buscarem conhecimento acadêmico e interação com os demais profissionais em pesquisas sobre o câncer no Brasil, com participação em simpósio e congressos. Os referidos hospitais terão seus nomes preservados, conforme o sigilo garantido no momento da entrevista.

Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa 10 médicos oncologistas que foram selecionados por acessibilidade de acordo com interesse deles em participar da pesquisa e aceitação do hospital em que os médicos atuam. O entrevistador fez contato com o maior número possível de médicos oncologistas em cada hospital explicando o objetivo da pesquisa. Esse número se deu por saturação, que segundo coloca Thiry-Cherques (2009), ocorre quando os dados que são encontrados na pesquisa deixam de ser necessários, visto que não surgem novos que possam ser explorados. Essa saturação pode ser percebida pelo pesquisador no momento em que ele nota que os dados coletados já não mais acrescentam elementos adicionais aos propósitos da pesquisa.

### 4.3 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista estruturada. Segundo Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 51):

A entrevista não é uma simples conversa. É uma conversa cujo foco é atingir o objetivo da pesquisa, requerendo do entrevistador a habilidade de saber ouvir e não induzir os pesquisados a respostas predeterminadas, e de saber conduzir a pesquisa de modo que a entrevista não perca seu foco (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007, p. 51).

A entrevista é uma técnica de coleta de dados, que possibilita ao pesquisador obter do entrevistado outras informações que forem pertinentes, sendo assim um importante instrumento para pesquisas de cunho qualitativo, permitindo, portanto, a compreensão de aspectos subjetivos como entonação de voz, gesticulação, expressão corporal bem como a ênfase em determinadas palavras ou frases (MARCONI; LAKATOS, 2011). Nesta dissertação a coleta de dados deu-se por meio de entrevistas estruturada, objetivando-se assim obter o conhecimento mais profundo no que diz respeito às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho dos médicos oncologistas.

O roteiro de entrevista adaptado de Simões (2016), continha inicialmente 32 perguntas que deram origem a mais questionamentos oportunos dentro do propósito da pesquisa, e que trataram de aspectos como o sentido do trabalho para o entrevistado em termos de relevância, compromisso e envolvimento com a sua função, as vivências de prazer e sofrimento experimentadas no trabalho e as estratégias utilizadas para lidar com aquilo que lhe causa pressão e o faz sofrer no trabalho (ver APÊNDICE A). É importante ressaltar que o roteiro elaborado foi um ponto de partida para o levantamento dos dados, e que surgiram perguntas para auxiliar na compreensão e que enriqueceram o questionamento proposto (MARCONI; LAKATOS, 2011). Por meio desse tipo de coleta de dados foi possível revelar aspectos subjetivos do indivíduo, considerados de suma importância para o tema ora pesquisado.

As entrevistas foram realizadas por meio de um termo de livre consentimento e esclarecido (ver APÊNDICE B) assinado por cada médico oncologista que



concordou em participar da pesquisa, garantindo a eles a preservação da identidade e a possibilidade de desistirem a qualquer momento de participar do estudo.

As entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho do médico, em local disponibilizado pelo hospital, por exemplo, o consultório, de acordo com dias e horários disponíveis do médico oncologista. As entrevistas foram pré-agendadas para determinada data, mas, devido à dinâmica da profissão, algumas delas não foram cumpridas, voltando o pesquisador no dia seguinte. Não houve horário determinado para realização da entrevista, ficando o pesquisador a disposição do médico no dia.

As entrevistas foram gravadas, com a autorização dos pesquisados, os quais foram informados sobre a natureza desse procedimento, sendo garantida a eles a privacidade individual das respostas (MARCONI; LAKATOS, 2011). Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas. Vale ressaltar que um dos médicos participantes da coleta de dados não se sentiu confortável ao gravar o áudio, concordando em participar da pesquisa, porém sem a gravação do áudio. O pesquisador então procedeu à coleta de dados anotando manualmente as respostas.

Houve também um médico que ao saber por outro colega a respeito da pesquisa que estava sendo realizada, manifestou o desejo de participar, procurando então o pesquisador no hospital para participar da pesquisa. Sua motivação para participar da pesquisa foi perceber a relevância do tema e ver o estudo como novo e promissor.

#### **4.4 Tratamento dos dados**

Os dados coletados foram tratados com base na análise de conteúdo, que, segundo Bardin (1979, p.42), trata-se de:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

A análise de conteúdo pode ser entendida como uma técnica que obtém informações utilizando-se da observação e da análise do conteúdo de textos escritos. Por meio dessa técnica é possível mensurar a regularidade de determinadas palavras, bem como avaliar seu significado no contexto exposto, interpretar por meio do discurso as reais intenções e buscar decifrar o discurso que se é empregado na fala. Com isso, foi possível interpretar e fazer inferências, reflexões das expressões obtidas nas entrevistas, com vistas a conseguir desvendar a intenção por trás das palavras, frases e expressões (BARDIN, 1979).

Após a transcrição das entrevistas, os conteúdos foram agrupados de acordo com as cinco categorias: contexto do trabalho, sentido do trabalho, prazer no trabalho, sofrimento no trabalho e estratégias de defesa. Das perguntas propostas para a configuração dessas categorias e dos depoimentos colhidos a elas pertencentes, emergiram subcategorias, levando-se em consideração elementos que apareceram no discurso da maioria dos entrevistados. Os dados foram tratados na seguinte ordem:

- a) Preparação do material: nesta etapa, foram feitas a transcrição das entrevistas gravadas logo após a realização e a releitura do material para a organização das entrevistas colocando-as na correspondente categoria de análise.
- b) Pré-análise: foram realizadas, nesta etapa, a organização, a sistematização e a concatenação das ideias, visando atender aos objetivos da pesquisa bem como ao problema de pesquisa, e, em seguida, ocorreu a preparação dos dados que nortearam a interpretação final dos dados.
- c) Análise do conteúdo das entrevistas: esta etapa seguiu a seguinte ordenação: tabulação dos dados de acordo com a análise da temática; agrupamento dos extratos das entrevistas considerados mais representativos dentro do tema abordado dando ênfase às falas dos entrevistados; qualificação do percentual das respostas dos entrevistados considerando como critério de avaliação as respostas mais frequentes.

## 5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo diz respeito à apresentação e análise dos resultados da pesquisa. Inicialmente, apresenta-se o perfil demográfico e social dos entrevistados, e, em seguida, a análise qualitativa dos dados mediante à exposição das categorias e subcategorias associadas ao tema tratado na pesquisa.

### 5.2 Perfil dos médicos oncologistas pesquisados

O perfil demográfico e ocupacional dos médicos oncologistas entrevistados é apresentado no quadro a seguir.

**Quadro 1** - Descrição do perfil demográfico e ocupacional dos médicos oncologistas entrevistados

*Continua...*

Entrevistado	Sexo	Idade	Estado civil	Número de filhos	Escolaridade	Tipo de contrato de trabalho	Tempo como oncologista	Carga de trabalho semanal	Quantidade de hospitais em que trabalha
M1	F	31	Casada	0	Especialização	CLT	1	60h	2
M2	M	32	Casado	0	Mestrado	CLT	4	24h	3
M3	F	36	Casada	2	Mestrado	CLT	12	60h	2
M4	F	34	Solteira	0	Especialização	CLT	2	50h	2
M5	F	32	Casada	0	Especialização	CLT	7	70h	4
M6	F	41	Casada	0	Mestrado	CLT	12	24H	3
M7	F	42	Solteira	2	Mestrado	RJU <sup>2</sup>	14	60h	1
M8	F	43	Casada	0	Mestrado	CLT	16	40 h	1

<sup>2</sup> O Regime Jurídico Único (RJU) é o conjunto de normas, direitos, princípios e deveres que regem a relação jurídica funcional dos servidores com o poder público.

									<i>...Conclusão</i>
<b>M9</b>	F	37	Casada	1	Mestrado	CLT	11	48 h	2
<b>M10</b>	F	32	Casada	0	Especialização	Contrato de trabalho <sup>3</sup>	03	60 h	2

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O Quadro 1 demonstra que a maioria dos médicos oncologistas entrevistados é do sexo feminino, possui idade superior a 34 anos, é casada e não tem filhos. A maioria tem como grau de escolaridade o mestrado. A maioria tem como regime de trabalho a CLT e atua há mais de 7 anos como oncologistas, tendo uma carga horária de trabalho semanal de 50 horas e trabalham em dois hospitais.

## 5.2 Análise qualitativa: categorias e subcategorias de tratamento

As categorias definidas *a priori* para análise dos dados foram: contexto do trabalho, sentido do trabalho, vivências de prazer, vivências de sofrimento e estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho. Dentro das categorias definidas emergiram subcategorias definidas a partir da consideração de frequência em que apareceram no discurso tendo em vista o fato de terem se repetido na fala de no mínimo 6 entrevistados. Essa quantidade faz com que a análise tenha maior representatividade (mínimo 60%) considerando um total de 10 médicos oncologistas entrevistados. Abaixo, apresenta-se o Quadro geral com as categorias e subcategorias de análise. O detalhamento de cada categoria e as suas respectivas subcategorias de análise se encontram a seguir.

**Quadro 2-** Categorias e subcategorias

*Continua...*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Contexto do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física</li> <li>• Organização do trabalho</li> <li>• Ambiente de trabalho</li> </ul>

<sup>3</sup> Contrato de trabalho é um regime da CLT, no art442. É um acordo que pode ser feito de forma verbal ou escrito, nele são estabelecidas as condições de trabalho entre o empregador e o empregado.

...Conclusão

Sentido do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço central</li> <li>• Sobrevida do paciente</li> <li>• Ética profissional</li> </ul>
Prazer no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberdade de expressão</li> <li>• Reconhecimento profissional</li> <li>• Cura do paciente</li> <li>• Alívio do sofrimento</li> </ul>
Sofrimento no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos funcionais</li> <li>• Convívio com a morte</li> <li>• Gerenciamento de conflitos e imprevistos</li> <li>• Interface com o trabalho</li> </ul>
Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformismo</li> <li>• Autocontrole</li> <li>• Diálogo com os pares</li> <li>• Lazer</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O detalhamento de cada categoria e suas respectivas subcategorias são descritos e analisados a seguir.

### 5.2.1 Contexto do trabalho

Nesta categoria, emergiram, a partir dos depoimentos dos médicos oncologistas entrevistados, as subcategorias: estrutura física, organização do trabalho e ambiente de trabalho, conforme evidenciados no Quadro 3.

**Quadro 3-** Análise do contexto do trabalho

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
Contexto do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física</li> <li>• Organização do trabalho</li> <li>• Ambiente de trabalho</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A partir das entrevistas realizadas com os médicos oncologistas foi possível perceber que o contexto de trabalho em que esses profissionais estão inseridos é um ambiente composto por várias funções médicas como o atendimento ambulatorial e hospitalar, as reuniões clínicas para discussões de casos, visto que a oncologia se modifica constantemente e não é raro surgirem novas patologias bem como novas propostas de tratamento. Orientação a alunos residentes, atendimento a pacientes internados e prescrições de tratamentos considerados mais agressivos como a quimioterapia, também são atividades rotineiras na função dos médicos entrevistados. Em alguns hospitais, existe uma demanda desproporcional, tendo em vista a capacidade de atendimento de cada médico, valendo ressaltar que embora todos os hospitais pesquisados estejam localizados na cidade de Belo Horizonte, os pacientes atendidos são de várias regiões do estado de Minas Gerais como também do Brasil como um todo, pois existem em Belo Horizonte hospitais referência em oncologia.

No que diz respeito à **estrutura física do trabalho** dos médicos oncologistas pesquisados, observou-se que eles lidam constantemente com a falta de alguns recursos considerados básicos para se prestar um atendimento de qualidade e digno aos pacientes como a falta de medicamentos, agulhas, condições para realização de exames e leitos para internação, impossibilitando a realização de alguns procedimentos. Estes profissionais lidam também com a falta de um sistema informatizado como a falta de um computador com acesso à internet e impressora individual para cada consultório, sendo muitos registros médicos feitos à mão. Foi também informado que o local de trabalho é inapropriado quanto à ventilação e ao espaço físico inadequado e pequeno. Outro ponto relevante é a falta de acessibilidade que a maioria dos hospitais oferece aos pacientes que têm mobilidade reduzida por causa da doença, e por várias vezes precisam de ajuda para chegar ao consultório bem como “manobrar” para entrar pela porta. Os depoimentos a seguir ilustram essa realidade:

Os consultórios são um pouco apertados, às vezes você tem que fazer tudo a mão, não é informatizado. Eu acho que isso dificulta muito, porque, por não ser informatizado, às vezes o prontuário do paciente se perde, você não acha em nenhum lugar, às vezes você procura no computador e não acha nada também, às vezes o paciente chega aqui você não consegue anteder porque você não sabe nada da história dele, e ele também não sabe. E isso é muito ruim, a pior parte é essa de não ser informatizado, porque isso facilitaria muito as coisas (M4).

[...] Às vezes, o acesso até onde chega pra gente, ser um acesso difícil pro paciente, porque às vezes o paciente tá com problema pra andar, é criança, alguma coisa assim. Igual, por exemplo, aqui não tem elevador, então tem que descer escada, entendeu? E isso é muito ruim assim. Você não ter acesso, por exemplo, aos exames, você ter uma dificuldade pra isso. Uma falta de informatização. Hoje, há informatização que funcione, porque às vezes é informatizado mais não funciona (M6).

[...] A demanda da gente não ter a estrutura necessária, da gente não ter a medicação que a gente quer, não ter os exames que a gente necessita (M3).

Existe um consenso entre os entrevistados sobre o fato de que consideram exercer a profissão em um contexto de trabalho inadequado, o que dificulta a realização das funções médicas no que diz respeito ao atendimento do paciente. De acordo com Ferreira e Mendes (2001), as condições de trabalho inadequadas podem gerar nos indivíduos algumas patologias e baixo rendimento no trabalho que desempenham, tornando o trabalhador refém das condições oferecidas para desempenhar sua função, exercendo-as aquém da sua capacidade e habilidade, o que pode ocasionar, segundo Dejours (1993), um sofrimento desses profissionais quanto ao seu desempenho profissional.

Quanto à **organização do trabalho**, foi possível perceber que existe uma sobrecarga de trabalho devido à falta de agendamento individual, à realização constante de funções não médicas, falta de acesso à história médica do paciente e ainda ao acúmulo de funções quando outro profissional entra de férias. Nesse caso, ficam responsáveis por atenderem os seus pacientes e os do outro colega de função, visto que não existe efetivamente outro médico que assuma essa tarefa. Essas considerações podem ser observadas nos relatos a seguir:

[...] Por exemplo, não ter uma secretária aqui em baixo, às vezes você tem que marcar uma consulta, você tem que ligar pra um setor. Eu fui discutir com uma residente agora, em um caso, ajudá-la, ela foi até a faculdade de medicina pra tentar pegar um laudo de um exame que não tinha sido liberado pra o paciente. Isso não é função do médico, de forma alguma! Tentar agendar uma tomografia pro paciente, porque a fila do SUS tá muito cheia e não tá conseguindo. Esse tipo de função que não é do médico, às vezes até orientação nutricional a gente dá, a gente tem uma formação mais básica, mas é claro que um nutricionista faria de uma maneira mais aprofundada. Às vezes, a gente não tem acesso ao psicólogo, até uma orientação psicológica a gente tem que dar. Então, a gente, lógico que a gente tem que saber transitar por essas outras áreas. Mas o que mais me

esgota aqui é ter que fazer funções não médicas! Até limpar consultório aqui já aconteceu da gente ter que fazer, aqui, então (M1).

[...] Aqui, é... Desce todos os pacientes no mesmo horário, por exemplo, chega todo mundo às 07 horas da manhã, e fica todo mundo esperando aqui na porta, sabe. Quando a gente abre a porta, vai resolver alguma coisa, quer ter uma conversa mais prolongada com algum paciente, aí fica todo mundo lá fora pressionando, dificultando isso às vezes sabe (M2).

[...] E, às vezes, é assim, quando um tira férias, um tem que assumir a função do outro, porque eles não colocam ninguém no lugar. Aí você fica assumindo a função de dois. E isso também é muito pesado. Ficar trabalhando por você e pelo colega que tirou férias. Teoricamente, deveria ter alguém pra substituir, mas não tem. Aí você tem que ficar no lugar dele. Hoje mesmo, à tarde, eu vou ficar no lugar do meu colega que entrou de férias. Aí fica muito pesado, eu vou ter que atender os meus pacientes, atender os dele e ainda ficar no plantão da quimioterapia. Eu tô atendendo um paciente e se um começa a passar mal lá, eu tenho que largar todos pacientes aqui, sair correndo, ir lá ver o paciente que tá passando mal. Isso aí é muito pesado (M4).

Não é possível mensurar as condições de trabalho ideais para o indivíduo segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), levando em consideração que a subjetividade do sujeito interfere no desempenho de sua função. No entanto, segundo Mendes (2007) coloca, o trabalhador se subjugava às condições que lhe são oferecidas, adaptando-se ao contexto de trabalho em que está inserido mesmo que isso lhe cause desgaste, mesmo porque o sujeito não busca apenas um ambiente de trabalho que lhe seja totalmente favorável, mas, sim, desafios factíveis de serem alcançados.

Quanto ao **ambiente de trabalho** em que os médicos oncologistas pesquisados estão inseridos, foram ressaltados aspectos como uma equipe profissional composta por médicos e enfermeiros bem treinados para atender o paciente, a relevância de um ambiente de trabalho tranquilo e o conjunto de um corpo clínico de outras especialidades para dar suporte ao paciente oncológico que necessita não apenas de cuidados relativos à parte física da doença, mas, também, de uma orientação psicológica, visto que há casos em que os tratamentos são prolongados e causam mudanças físicas, emocionais e psicológicas nos pacientes. Foi destacada também a importância da interação entre esses profissionais em reuniões para discussões clínicas dos casos para analisar qual o melhor tratamento para cada caso, pois se trata de uma doença que evoluiu significativamente ao longo de suas carreiras e os



tratamentos e taxas de curas acompanharam esse crescimento. Os relatos a seguir ilustram tal realidade:

[...] A estrutura médica do serviço é muito adequada, a gerência aqui é muito adequada, gerência técnica, gerência médica muito adequada, equipe de enfermagem é muito bem treinada que atende os nossos pacientes, a equipe da farmácia extremamente bem treinada também. [...] E o que me motiva é a oportunidade de poder apresentar um panorama diferente, e que muda sempre. Então, isso é uma coisa que me motiva, é que a oncologia que foi feita quando eu tava na graduação é muito diferente da oncologia que eu faço hoje e que vai ser muito diferente da oncologia que eu mesma vou fazer daqui cinco anos (M1).

A gente é uma equipe muito unida, então, tá sempre fazendo as mesmas coisas, os mesmos problemas. Então, a gente conversa muito, tanto a equipe quanto a chefia (M9).

Coletividade. Aqui a gente trabalha em regime de coletividade e de um ajudar o outro. Porque é bastante serviço, assim, não é um serviço braçal, mas no sentido geral. É tanto físico quanto emocional, quanto ao volume de pacientes eu acho que a gente é um espírito de coletividade que a gente tem aqui (M8).

O ato de trabalhar não diz respeito apenas às funções e tarefas que o indivíduo tem que desenvolver. As interações sociais e os vínculos afetivos criados no meio de trabalho são importantes para manter o sujeito em atividade conforme afirma Morin (2001). O trabalho em equipe, ter um ambiente de trabalho que lhe proporcione desafios motivadores e factíveis de serem alcançados são alguns motivadores para que esses profissionais realizem suas atividades com maior suavidade. Segundo Dejourns (2004), o indivíduo procura realizar-se no trabalho e ser reconhecido pelo outro, nesse sentido, a coletividade de reconhecer o trabalho do outro e de ser ouvido pelos colegas e chefias proporciona nos sujeitos a satisfação necessária para vivenciar esses sentimentos.

### **5.2.2 Sentido do trabalho**

No que diz respeito ao sentido do trabalho, foram identificados com base nos depoimentos dos entrevistados as seguintes subcategorias: espaço central, sobrevida do paciente e ética profissional, conforme o Quadro 4.

**Quadro 4-** Análise do sentido do trabalho

Categoria	Subcategorias
Sentido do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço central</li> <li>• Sobrevida do paciente</li> <li>• Ética profissional</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O sentido do trabalho pode ser definido a partir de como o indivíduo se identifica com a realização do trabalho que executa, bem como a relevância percebida por ele e pela sociedade pelo seu serviço prestado e as motivações que levam o sujeito a escolher sua profissão e permanecer nela.

Na especialidade médica da oncologia, foram mencionados por todos os entrevistados que a profissão ocupa **espaço central** em suas vidas. Não somente por terem uma carga de trabalho semanal elevada e trabalharem em mais de um hospital. O que foi evidenciado em todos os depoimentos é que existe o comprometimento com o trabalho fora do ambiente laboral e o fato de não conseguirem se desligar. Foi possível perceber também que o trabalho invade a vida pessoal desses profissionais que não separam a vida profissional da pessoal, uma vez que se colocam à disposição para atenderem os pacientes e discutirem casos com os colegas por telefone e aplicativos de celular. Muitos deles levam ainda casos de pacientes para estudar em casa, colocando o trabalho em primeiro lugar em suas vidas, afetando não somente a parte física desses médicos como também a emocional e a psicológica. Em alguns relatos, evidenciou-se que eles não conseguem dormir por estarem com pensamento em algum caso de paciente.

É uma grande carga horária da minha semana, e ocupa muito do meu psicológico e do meu emocional também. Porque mesmo quando a gente não tá aqui é difícil desligar. Porque a gente sempre tá acessível, os pacientes, às vezes, contactam, às vezes, um outro colega precisando de um auxílio pra conduzir um caso. Então, eu diria que é uma parte muito importante da minha vida mesmo, é um trabalho que a gente não desliga quando a gente sai daqui. Então, eu sou oncologista quase que 100% do tempo até quando a gente tá dormindo eu ainda sonho às vezes (M1)

[...] Quando eu tô no meu período de lazer ou em casa com a minha filha, essa questão que eu tô te falando, me ligam frequentemente do trabalho, é whatsapp o tempo todo tocando, seja de paciente, seja de colega de um hospital ou de um outro. É praticamente uma coisa junta. O trabalho e a

família, você tentando dar um tempinho pra família ali, mas o trabalho entra nisso também ( M9 ).

[...] O trabalho oncológico é um trabalho moral, exige um compromisso além do horário de trabalho, é celular, é whatsapp. É tudo muito intenso. E às vezes você está jantando com seu marido e o whatsapp o tempo todo, e eu poderia fingir que não tô vendo aquela mensagem, mas eu não consigo porque por mais que o paciente tenha uma dúvida que pareça boba, eu sei que aquela resposta é que vai tranquilizar ele, que, talvez sabendo disso, ele vai dormir mais tranquilo. Às vezes o paciente tá muito ansioso, e aquela dúvida é de ansiedade mesmo. Ou é um colega querendo discutir um caso. Assim, é um trabalho que te ocupa 100% do tempo (M10).

Ficou evidente nos depoimentos de todos os médicos oncologistas que o envolvimento com o trabalho é expressivo e ocupa maior parte de suas vidas, não conseguindo se separar dele, ou seja, não existindo um lugar em que o trabalho não esteja presente em suas vidas. Conforme afirmam Duarte e Mendes (2015), o trabalho sempre acompanhou o indivíduo em sua trajetória. Contudo, nos dias atuais o trabalho ocupa o lugar central na vida dos indivíduos que buscam por meio dele se realizarem e serem reconhecidos. Vale ressaltar que o trabalho pode ocupar várias dimensões na vida do ser humano, e que a centralidade do trabalho diz respeito à maneira pela qual o indivíduo se ocupa dele. Para Tonon e Grisci (2015), muitos são os profissionais e as profissões que exigem do sujeito um comprometimento além do espaço físico. Não sendo controlados por mecanismos criados pelos empregadores, mas, sim, pelo seu autogerenciamento, no qual não se desligam do trabalho mesmo estando em locais de lazer. Colocam-se a disposição do trabalho por meio da flexibilização e utilizam os avanços tecnológicos para trabalharem cada vez mais. Com o autogerenciamento, a doação e a flexibilização acabam por trabalhar de maneira indissociável, ou seja, não separam a vida pessoal da profissional (BARROS; ANDRADE; GUIMARÃES, 2008).

No que diz respeito à **sobrevida do paciente**, conseguir assistir o paciente com o melhor tratamento possível, esgotando todas as possibilidades de tratamento confere a esses profissionais sentido no trabalho que executam, ao verem que conseguiram melhorar a qualidade de vida para o paciente terminal ou acompanhar a superação emocional dos pacientes que, mesmo passando por procedimentos agressivos, conseguem sentir alegria. Os depoimentos a seguir são elucidativos a este respeito:

Eu fico satisfeita que o paciente tá curado, mas às vezes eu fico mais satisfeita com o paciente que não tem cura melhorar a qualidade de vida dele, se sente melhor, consegue se alimentar, às vezes é um paciente que não tava andando, ele consegue andar um pouquinho. Um paciente que tava sentindo muita dor, para de sentir dor. Acho que isso assim é o que mais agrada. É lógico que a cura também, mas isso também eu gosto bastante (M4).

A alegria dos pacientes, apesar das adversidades, de tudo que eles passam eles conseguem ter alegria, demonstrar alegria, afeto (M9).

Eu acho que a gratidão dos pacientes é uma coisa que a gente cria um vínculo, quando a relação médico-paciente é bem construída, o vínculo pra gente é também, deixa a gente muito realizado no trabalho, a gente saber que a gente proporcionou pelo menos o alívio daquele sofrimento, pra mim é muito importante (M1).

Ajudar ao próximo é um sentimento que confere sentido ao trabalho dos médicos oncologistas. Ver a alegria dos pacientes faz com eles se sintam reconhecidos pelo tratamento prestado, pois estão conseguindo atingir seu objetivo de aliviar o sofrimento. Para Dejours (2012), esse reconhecimento e essa sensação de dever cumprido traz significado ao trabalho e cria no sujeito identificação com sua função.

No que diz respeito à **ética profissional**, ficou claro que todos os médicos oncologistas entrevistados reconhecem que a ética é fundamental na especialidade da oncologia, tanto no que diz respeito a dar uma segunda opinião sobre um caso, quanto no que diz respeito à indicação de tratamentos e medicamentos. Relataram também que são constantemente alvos da indústria farmacêutica que tem interesse persistente na oncologia, pois é uma especialidade que tem movimentado muito dinheiro.

Ah, muito importante. Tem que ter muita ética. Hoje aconteceu um caso aqui, veio uma paciente que trata em São João Del Rei pegar uma segunda opinião aqui. E assim... mesmo que eu discordasse completamente do que o colega fez, eu acho que eu não teria falado isso diretamente pro paciente. Mas, assim, eu concordei completamente com o que tinha sido feito, tá super certo, né. Mas, mesmo que eu discordasse por causa de ética, você falar pro paciente assim: não, tá tudo errado, não dá. Tem que ter ética. Eu acho que a gente tem que oferecer o melhor tratamento pro paciente. Muitas vezes a gente como é SUS, a gente não oferece o melhor tratamento, porque o SUS não cobre. Muitas vezes, a gente tem que pelo menos informar pro paciente que isso existe, que tem a possibilidade de ele entrar na justiça. Mas eu acho que também isso faz parte de ética. Eu geralmente falo. Agora mesmo veio um paciente aqui: tem alguma coisa além, fora do SUS? Aí eu falei: não! Porque realmente no caso dele não tem nada além pra fazer (M4).

Acho que é imprescindível. Ainda mais que a oncologia é uma área que todo mundo quer dar uma opinião, né. Então, eu acho que você tem que ter a ética até pra você comentar alguma coisa do colega. [...] Uai, eu dou a minha opinião. E tento explicar que não é porque às vezes na oncologia não é oito ou oitenta. Na verdade, a gente não tem só uma alternativa, a gente tem várias. E que o meu pensamento pode ser totalmente diferente daquele outro médico que ele já passou. Então, eu tento explicar isso pra ele e mostrar minha opinião (M5).

É essencial, você tem que ter. E não é só uma ética assim, não é só ética médica, é da equipe. De médico, de enfermeiro, de todo mundo. Você tem que trabalhar dentro de um padrão de ética de conduta assim, não pode sair fora. [...] Acho que o SUS costuma ser mais ético. As pessoas que optam por trabalhar no SUS, elas têm um comprometimento, elas tentam andar, elas não tão pensando em dinheiro. Se elas tivessem pensando em dinheiro elas tavam fazendo outra coisa. Então, quem tá aqui é porque quer trabalhar. E no privado, num sei, porque o privado paga bem em determinados procedimentos, então eu não consigo medir, eu não trabalho com oncologia no privado. Mas, o que a gente fica percebendo assim, é que eu não sei se a coisa flui da mesma forma, entendeu. Tem muita gente que eu acho que, apesar de todos os problemas do SUS, as pessoas são melhor tratadas no SUS. [...] Assim eu não posso afirmar. Mas aqui, por exemplo, o que tem que fazer o que é preconizado pra fazer, a gente vai lá e faz. Se tem que fazer naquela época, é naquela época. E vai lá e faz, e corre atrás. Pede a pessoa pra fazer, tenta fazer com que as pessoas busquem os caminhos dentro do processo mesmo. Não tem dessa coisa assim, ah...a gente é muito assim, o paciente fala: eu quero pagar pra fazer isso. Aí eu falo, não. Você consegue fazer isso pelo SUS, você não vai pagar pra fazer isso. Então, eu acho assim, quem tá dentro no SUS, tá muito comprometido com o tratamento, com a coisa toda. Não que as pessoas do privado não sejam. Mas o privado, ele é regido por várias, por vários nortes que não é o caso do SUS, entendeu. Com toda dificuldade, eu prefiro o SUS (M6).

Foi possível perceber que os oncologistas entrevistados têm comprometimento com o paciente e também em propor somente o que é indicado para cada caso. Não se deixam corromper pelas ofertas feitas pela indústria farmacêutica, pois reconhecem que têm muitos procedimentos e medicamentos que são desnecessários. Mendes (2007) afirma que o comprometimento do indivíduo com a organização é pessoal. E que quando ele se sente comprometido com a função que realiza, cria-se nele uma sensação de pertencimento no qual não faz nada que possa prejudicar o seu meio de trabalho, pois ele é parte dessa organização.

### **5.2.3 Vivências de prazer**

Diante das entrevistas realizadas, foi possível perceber que no tocante às vivências de prazer experimentadas no trabalho como médicos oncologistas, destacaram-se as subcategorias: a liberdade de expressão, o reconhecimento profissional, a cura do paciente e o alívio do sofrimento, conforme evidenciado no Quadro 5.

**Quadro 5-** Análise das vivências de prazer

Categoria	Subcategorias
Vivências de prazer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberdade de expressão</li> <li>• Reconhecimento profissional</li> <li>• Cura do paciente</li> <li>• Alívio do sofrimento</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Foi possível perceber que mesmo em uma especialidade envolta de desafios e situações que podem levar o sujeito a um sofrimento, o fato em ajudar o próximo e buscar mais conhecimento para essa finalidade, faz o indivíduo vivenciar situações de prazer.

No que diz respeito à **liberdade de expressão**, todos os entrevistados concordaram que estão inseridos em um ambiente no qual podem se expressar livremente, atuando com uma equipe de trabalho unida que se reúne para discutir casos de pacientes seja nas reuniões já programadas semanalmente ou quando há necessidade por meio dos contatos pessoais, telefonemas e mensagens em aplicativos para esclarecerem dúvidas e verificar a melhor conduta para cada caso. Deixam claro que existe respeito com relação às opiniões mesmo que divergentes, sendo que cada profissional tem autonomia para determinar qual procedimento será adotado no caso do paciente sobre o qual tem responsabilidade. Ficou evidente também a ajuda mútua entre eles, a colaboração e disposição em ajudar a conseguir chegar a um tratamento que seja a melhor evidência para o paciente.

Ah, eu acho que a gente tem uma boa equipe de enfermagem, tem também as secretárias que também são muito habituadas com os pacientes. E também a gente tem várias aulas, discussões, que ajudam a gente a tomar as decisões clínicas. Geralmente, se a gente tem alguma dúvida de algum paciente, a gente discute com o colega. Essa é a parte boa. [...] A gente tem os superiores, mas todos se tratam como iguais. Não tem uma coisa assim de superioridade ou de mandar. Lógico que tem as regras. Mas que não é nada rígido, o pessoal é muito tranquilo. Os chefes aqui mesmo eles atuam muito como colegas, não tem essa coisa de mandar demais. Todo mundo é aberto a ouvir as ideias do outro. É bem tranquilo isso aqui. Aqui é bem tranquilo! (M4).

A gente é uma equipe muito unida, então tá sempre fazendo as mesmas coisas, os mesmos problemas. Então a gente conversa muito, tanto a equipe quanto a chefia (M9).

A gente tem um bom relacionamento. A gente tem uma liberdade de expressão grande, dá pra conversar de maneira igual. Tanto com as chefias, quanto com os colegas de trabalho (M3).

A gente pode se expor, as pessoas aceitam bem. A gente é bem flexível no serviço. As minhas condutas são minhas, ninguém interfere (M5).

Coletividade. Aqui a gente trabalha em regime de coletividade e de um ajudar o outro. Porque é bastante serviço, assim, não é um serviço braçal, mas no sentido geral. É tanto físico, quanto emocional quanto ao volume de pacientes eu acho que a gente é um espírito de coletividade que a gente tem aqui (M8).

Para Ferreira e Mendes (2001), trabalhar em um ambiente que proporcione ao indivíduo a liberdade de se expressar e sentir-se ouvido é um fator determinante para a satisfação no trabalho. A liberdade de expressão nesse sentido diz respeito a como o indivíduo se sente confortável para falar, agir e pensar dentro do ambiente de trabalho, tanto nas ações individuais como nas coletivas.

O **reconhecimento profissional** é percebido pelos médicos oncologistas entrevistados em vários momentos, sendo que todos se sentem reconhecidos pelo trabalho que prestam. Esse reconhecimento vem, na maioria das vezes, por parte da família e dos familiares que percebem o empenho do profissional em encontrar o melhor tratamento possível para cada paciente mesmo dentro das limitações do sistema de saúde em que estão inseridos. Os pacientes e familiares deixam claro sua gratidão a esses profissionais por meio de elogios diretos, elogios à auditoria do hospital e até mesmo quando um paciente vem a óbito, a família vai até ao hospital logo em seguida para manifestar seu agradecimento por ter conduzido seu ente querido até aquele momento com todo o suporte necessário, reconhecendo que o profissional atingiu seu limite médico esgotando todas as possibilidades.

Isso a gente percebe pelos próprios pacientes, ou os familiares ou as pessoas que acompanham e observam que, quando eles chegam aqui, o tratamento dele é diferente. Porque ele chega aqui com uma demanda achando que vai atender e que vai ser devolvido à unidade básica de saúde, que ele não vai ter o suporte que ele necessita, e ficam assustados com o nosso feedback. Sabe que pode ligar pra gente, sabe que vai vir no hospital e que vai ser atendido, que não vai ser negligenciado. Sabe que se é sábado ou domingo não tem médico no hospital, mas ele vai ser visto. Ele sabe que esse atendimento é um contínuo de 24 h no dia, de segunda a segunda (M8).

O trabalho como oncologista me dá notoriedade, é, assim, que eu preciso, assim, né, que eu gosto. Me dá acesso ao meio acadêmico, então participo o tempo todo de pesquisas. Participo também de pesquisas clínicas, também contribuindo para novos conhecimentos, isso é muito importante (M2).

[...] Ver como o paciente é grato por tudo que você faz por ele. Mesmo quando a gente perde um paciente, aí no outro dia vem a família agradecer pelo nosso trabalho (M10).

Ah, isso é muito importante a gente ser reconhecido, porque é isso que motiva a gente a correr atrás, a querer sempre estudar. Se a gente não é reconhecido, a gente fica desestimulado, e, aí, você pensa, ah, eu não vou estudar o caso desse paciente, pra quê? Não vou correr atrás, não vou fazer as coisas. É muito importante ser reconhecido, porque é isso que vai fazer você se sentir mais estimulado a fazer as coisas, estudar mais, fazer curso pra se especializar essas coisas (M4).

[...] Eu acho que os pacientes às vezes eles fazem elogios, até na ouvidoria já teve paciente que ligou pra elogiar o serviço, isso é uma coisa muito importante pra gente. De dar um retorno positivo aí pro nosso trabalho. Eu acho que fora isso, realmente o retorno que eles dão na consulta pessoal pra gente também (M1).

Para Dejours (2004), o indivíduo espera ser reconhecido pelo outro nas atividades que desempenha. Esse reconhecimento faz com que os sujeitos reforcem o significado e o sentido do seu trabalho, e se sintam satisfeitos e realizados. O reconhecimento pelo trabalho prestado é um dos motivadores que levam o sujeito a sentir prazer no trabalho e a alcançar o sucesso profissional desejado (FERREIRA; MENDES, 2001). Sentir-se reconhecido no trabalho traz prazer ao indivíduo ao passo que ele vivencia sensações de realização por ter cumprido com sua tarefa de maneira correta, e que seu trabalho foi notado, motivando-o a continuar. Além disso, o prazer da notoriedade pelas atividades executadas faz com que o indivíduo se sinta recompensado pelas situações de sofrimento vividas, transformando-as em prazer (DEJOURS, 2004).

Vivenciar **a cura dos pacientes** é um fator que causa prazer na maioria dos médicos oncologistas entrevistados, tanto por ver a superação e o empenho dos pacientes e familiares durante o processo, quanto pela alegria de ver o sujeito se reintegrando de maneira total à sociedade, dando continuidade à vida, casando-se, tendo filhos, indo para a universidade. Esses profissionais relatam que, embora a medicina já tenha avançado muito, vivenciar a cura é um momento ainda raro, além do que quando o paciente chega a ter um diagnóstico de cura nessa situação, ele



ainda é acompanhado por um determinado período para garantir o quadro clínico de cura. O prazer em curar se atribui também ao desejo dos oncologistas em desmistificar a ligação do câncer com a morte, e mostrar que existe, sim, a cura. Relatam ainda que no futuro o câncer acometerá muito mais pessoas do que hoje, por isso é importante esclarecer os mitos que envolvem a doença, que nem todo paciente oncológico vai morrer, e que mesmo que alguns pacientes não adquiram os critérios de cura, existem tratamentos que possibilitam uma qualidade de vida ao paciente.

Olha, de prazer realmente eu acho que é quando a gente dá uma notícia de alta, porque o paciente acompanhou muito tempo e ele já tem critério para você falar... É difícil às vezes a gente falar que um câncer tem critério de cura, mas quando o paciente adquire esses critérios de cura aí você vai dar alta, eu acho que é o momento, então, de realização mais intenso, assim. A gente não consegue com tanta frequência, mas que quando a gente consegue é muito gratificante (M1).

O prazer, na verdade, é o de tratar bem os pacientes. Porque, claro, quando o paciente cura, é ótimo. A gente fica muito feliz e isso é um prazer, de ter dado um tratamento que funcionou, que resolveu pra aquela pessoa, porque a gente é só um instrumento disso tudo [...] (M6).

[...] Eu acho que esse retorno é incomparável com qualquer outra coisa. Porque o paciente oncológico, por ele ser um paciente muito frágil, entendeu, quando ele passa por todo aquele sofrimento e no final ele consegue vencer a doença e ser curado, isso é muito gratificante. E a gente vê as crianças crescerem e se tornarem adultas depois de terem passado por tanto sofrimento (M8).

Para Freud (1996), o prazer pode ser obtido quando o sujeito consegue concretizar os seus desejos. O prazer de ter alcançado um objetivo difícil como a cura, por meio de um esforço pessoal ou coletivo, traz a esses profissionais o vigor necessário para continuar buscando cada vez mais alternativas de tratamentos para os pacientes, corroborando Cano (2008), quando afirma que os profissionais se sentem satisfeitos por terem cumprido ou por terem ajudado alguém a chegar ao objetivo proposto. Nesse sentido, ao alcançar a cura dos pacientes, é um momento de prazer intenso para os oncologistas.

São considerados de maneira equivalente por esses médicos tanto a satisfação na cura quanto o **alívio do sofrimento** do paciente oncológico. Observar a melhora do quadro clínico do paciente e lhe proporcionar um fim de vida com menos sofrimento traz aos referidos profissionais um prazer no trabalho e a sensação de dever

cumprido. Conseguir que os pacientes avancem com pequenas melhoras que lhes proporcione uma qualidade de vida melhor, como ver um paciente que não andava passar a caminhar, que se alimentava por sonda, se alimentar sozinho, que sentia muita dor, não mais se queixar, propicia prazer da mesma forma que ver um paciente curado, ou seja, sabendo que inevitavelmente uma parcela dos seus pacientes vai morrer, conduzi-los a um final de vida com maior tranquilidade é uma missão cumprida.

Eu tenho muito prazer com os pacientes que curam, mas eu também tenho muito prazer com os pacientes que a gente ajuda a morrer de uma forma tranquila. Eu acho que a gente sabe, que a gente tem que saber da nossa limitação, saber que a gente não vai conseguir curar todas as crianças, e aquela parcela que eu não vou curar eu tenho que ajudar ela do mesmo jeito (M3).

[...] Ser capaz de aliviar o sofrimento daquela pessoa. É claro que a gente tem sempre o objetivo, a gente gostaria de poder curar todo mundo, só que isso, muitas vezes, não é viável. Então, naqueles casos que a gente não consegue curar, pelo menos aliviar o sofrimento, dar um suporte pra família, acalmar aquela situação, trazer dignidade pro paciente, um conforto, no contexto de fim de vida também eu acho que é um objetivo muito importante (M1).

Agora mesmo, quando o tratamento não funcionou, mas que a gente cuidou adequadamente daquela pessoa. Conseguiu dar um conforto pra família, conseguiu fazer com que aquela família passasse por aquele processo de uma forma menos traumática possível, mesmo sabendo que é traumático (M6).

A sensação de prazer obtida pela cura se equipara ao alívio do sofrimento, pois os oncologistas reconhecem a sua limitação como ser humano e como profissional. Sabem o limite entre a vida e a morte por essa dualidade fazer parte da sua rotina. Flauzino (2012) afirma que na especialidade da oncologia os médicos são confrontados constantemente com as suas limitações humanas que podem mudar sua percepção quanto à vida. Para Dejours (2012), o sofrimento e o prazer podem ser comparados como a frente e o verso de uma folha que não se separam, e, por essa razão, ter consciência da limitação e trabalhar com o sofrimento rotineiramente pode ser transformado em prazer quando os oncologistas alcançam a satisfação no alívio do sofrimento.

### 5.2.4 Vivências de sofrimento

No que diz respeito às vivências de sofrimento foram reveladas as subcategorias: recursos funcionais, convívio com a morte, gerenciamento de conflitos e imprevistos e a interface com o trabalho, conforme colocado no Quadro 6.

**Quadro-6** Análise das vivências de sofrimento

Categoria	Subcategorias
Vivências de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos funcionais</li> <li>• Convívio com a morte</li> <li>• Gerenciar conflitos e imprevistos</li> <li>• Interface com o trabalho</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Certamente, trabalhar em um ambiente envolto de sofrimento traz para os oncologistas pesquisados vivências constantes de sofrimento ao presenciar o sofrimento do outro. Mesmo que todo esse processo faça parte de sua rotina, eles não são neutros às situações vivenciadas.

Os **recursos funcionais** são aqueles que asseguram a aplicabilidade do trabalho para que ele seja executado da maneira adequada. Contudo, no contexto em que os oncologistas entrevistados estão inseridos, existe um consenso da falta desses elementos tais como medicamentos necessários para realização de procedimentos, leitos para internação, um setor administrativo efetivo que auxilie na marcação de consulta e gerenciamento de agenda com uma distribuição adequada. Somam-se a esses elementos a burocracia excessiva para condução de alguns procedimentos e a falta de informatização da vida médica do paciente gerando nos médicos um desgaste físico e emocional que lhes causa sofrimento por saber que não estão realizando a melhor evidência de tratamento para os pacientes. Os depoimentos a seguir mostram essa realidade:

O excesso, o volume de pacientes. E você ter que lutar pra conseguir coisas básicas. Então, assim é muito difícil você ter que falar pro paciente, pra uma família, eu não posso internar uma criança hoje porque eu não tenho leito. Então, isso esgota a gente. Você toda hora ter que buscar, e correr a atrás, e lutar por coisas que deveriam ser certas. Deveria ter sempre o leito, deveria ter sempre a medicação, deveria ter sempre a consulta, deveria ter sempre o exame. Então eu acho que isso é que esgota a gente. É você lutar por coisas que você não tinha que estar lutando. Que vai além da sua função (M3).

Quando você chega em uma manhã pra atender 25 pacientes, tudo completamente desorganizado. E aí você vê que o chefe do serviço só quer o dinheiro, não tá nem aí pro paciente, nem pra você ou pra qualquer coisa. Ele não quer saber da funcionalidade do negócio, ele só quer saber do rendimento que ele vai ter no final. Isso é o que mais me dá desespero. E é o que mais acontece na oncologia (M5).

[...] Por exemplo, essa semana, a gente precisava de fazer uma radioterapia de urgência no paciente, e a comissão do hospital de oncologia não está autorizando a gente levar pro serviço de oncologia, transportar e voltar pro hospital, tem que preencher uma "AIH" pra transferir pra outro hospital que tem a radioterapia. Mas a paciente tá sangrando há vários dias e ela precisa de fazer isso, sendo que tinha uma ambulância que podia ter levado ela pra fazer isso. Já teria resolvido o problema dela. A gente fica ligando, tentando mostrar para ele que a gente precisa fazer isso, mostrar pra comissão, mostrar pra todo mundo que isso precisa de ser resolvido logo. Estresse, fico extremamente estressado, extremamente frustrado e revoltado como que as coisas não funcionam como deveriam funcionar (M2).

Cano (2008) afirma que o ambiente profissional nem sempre proporciona as melhores condições para que o indivíduo exerça a sua atividade de trabalho. Quando o sujeito está inserido em um contexto de trabalho em que ele é constantemente desgastado, seja de maneira física ou psíquica, acaba por experimentar uma sensação de sofrimento que pode levá-lo até à patologia.

Apesar de os oncologistas lidarem constantemente com a vida e a morte, o **convívio com a morte** lhes causa sofrimento e, em alguns casos, lhes trazem marcas de forma a refletirem sobre a sua própria vida. Porém, por um lado, ver que o ser humano tem um limite e ter que reconhecer a sua própria limitação, torna-os mais frios nas relações sociais e com os familiares, talvez como um mecanismo para não se exaurirem diante de situações de sofrimento que são vivenciadas rotineiramente. Por outro lado, passam a valorizar outros aspectos na vida como dar valor às coisas simples, andar, comer, não sentir dor, ter o corpo em perfeita funcionalidade e serem intolerantes a futilidades.

Acho que todo mundo se modifica um pouquinho. Mas, eu acho que quando a gente tem muito contato com o sofrimento que a gente tem, não tem como a gente não modificar. Então, acaba que você vai mudando ao longo. Eu acho que a gente tem menos paciência pras coisas mais fúteis, porque a maioria das pessoas não tem noção do que é o sofrimento real das pessoas, sabe. E eu procuro ser um pouquinho melhor a cada dia. Eu não sei se eu consigo, mas eu vou tentando ( M5 ).

Pra o médico, eu acho que é difícil, é um aprendizado diário, isso de conviver com a vida e morte o tempo todo trás a gente pra realidade que a gente tem um limite, né, que o ser humano tem um limite. Que a vida tem um limite, infelizmente do ponto de vista científico, né, é uma coisa que a gente não consegue vencer, em alguma hora ela vai acontecer e a gente tem que aprender a aceitar, embora seja muito difícil. A gente fica triste, né, não tem como a gente não ficar, a gente fica triste, mas faz parte da vida, né, a gente tem que aprender a ... nascer e morrer, são duas situações naturais, né, que a partir do momento que a gente se torna médico, morrer já mostra que a gente tem um limite. Que dali pra frente, se é que existe Deus é quem sabe o que é que vai acontecer ( M8).

[...] Ah, é difícil, às vezes eu em casa assim, já aconteceu de ter insônia, lembrar de um caso de um paciente que aconteceu que é triste e chorar. É, mas como acaba fazendo parte de certa rotina [...], a gente chora, a gente conversa com os colegas, a gente procura culpados, pra ver se a gente não é culpada. Pensa no que poderia ter feito melhor, e aí vem o outro paciente, assim e a gente começa tudo de novo ( M9 ).

Flauzino (2012) ressalta a falta de preparo psicológico na formação acadêmica dos oncologistas para lidarem com situações emocionais. As fortes emoções fazem parte da rotina dos oncologistas desde a informação de diagnóstico tanto quanto a informação de óbitos. Estão em constante contato com o sofrimento do outro. Alguns oncologistas acreditam existir aspectos que podem ser aprendidos na universidade que os auxiliariam nesse processo de vivenciar o sofrimento constante.

Isso é um aprendizado todos os dias, a gente tenta melhorar, tem dia que a gente fica mais triste que afeta a gente, em relação ao lado pessoal. E assim em alguns momentos, logo que seu filho nasce você fica mais fragilizada, ah, algumas famílias, algumas crianças, algumas situações, assim você fica mais fragilizada, outras menos. Mas, no geral, é um aprendizado todo dia. Tem várias coisas que podem ser aprendidas, hoje eu sei que elas podem ser aprendidas e elas não foram colocadas como disciplina na universidade. Eu acho que muita coisa pode ser aprendida, muita coisa mesmo, de comportamento, de postura, de ética, são coisas que faltam na formação como médico (M7).

O sofrimento é um processo que atinge as esferas psíquicas dos indivíduos e se difere da dor que é algo físico (DEJOURS, 1993). Os oncologistas vivenciam constantemente situações que lhes causam sofrimento, e o fato desse sofrimento fazer parte da rotina não os torna insensíveis, embora tenham que criar mecanismos

de defesa mesmo que de maneira inconsciente para enfrentar essas situações de maneira saudável (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

**Gerenciamento de conflitos e imprevistos** faz parte do cotidiano dos entrevistados e são atribuídos na maioria das vezes por estarem inseridos em um ambiente com poucos recursos e com uma burocracia excessiva. Tal demanda exige desses profissionais a realização de funções não médicas, por exemplo, prestação de apoio psicológico a pacientes de classe social de baixa renda que, por vezes, não dão continuidade ao tratamento por falta de recursos, até mesmo de transporte para ir à consulta. Muitos médicos buscam intermediar alternativas no próprio hospital para ajudar os pacientes junto ao serviço social, mostrando ao que eles têm direito e como conseguir acesso a esses recursos.

Conflitos familiares, conflitos sociais de pacientes, pacientes com uma demanda social muito problemática. A gente tem que, tem coisa que interfere no tratamento, então a gente tem que tá o tempo todo exercendo um pouco de função de psicologia, um pouco de serviço social, um pouco de mediador de conflitos familiar além de médica. Isso é o tempo todo aqui. Nosso perfil de pacientes, por ser de serviço público é esse assim, de uma classe social mais baixa, a gente vê que isso é uma coisa que vem junto na maioria das vezes ( M8 ).

[...] É a própria conjuntura que a gente tem que assim, você não garante que o paciente vai chegar até você no tempo devido, se quando ele chegar já não vai ser tarde, se já não vai ter perdido alguma coisa lá pra trás. Então, essa conjuntura econômica, essa desvalorização da saúde, isso afeta a gente, todo mundo, não tem jeito ( M6 ).

Eu acho que tem às vezes um sentimento de indignação, quando a gente sabe que o paciente teria direito a coisas que são de fato cobertas pelos SUS, que nada foge ao protocolo, mas, por questões logísticas, ele não chega a esse acesso. Às vezes, um paciente que demora anos pra fazer mamografia, ou que demora muito tempo pra fazer uma biopsia, que não consegue chegar pra gente em uma condição clínica pra tratar por demora de acesso ( M1 ).

As limitações para a realização de funções médicas por falta de recursos fazem com que os oncologistas vivenciem o sofrimento por não conseguirem assistir o paciente com a melhor evidência possível. A frustração de que poderiam ter alcançado o objetivo é o que promove o sofrimento. Para Cano (2008), vivenciar situações de limitação constante pode desencadear no sujeito o sofrimento. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que a organização do trabalho pode interferir na satisfação do sujeito, e que quando ele não consegue gerenciar as situações que lhes causam

desgaste, logo, tem sensações de sofrimento. Vale salientar que o sofrimento é individual e leva em consideração valores já estabelecidos pelo sujeito em sua vida pregressa, ou seja, os indivíduos expostos à mesma situação podem ter sensações de sofrimento ou não (DEJOURS, 2004).

O trabalho na especialidade médica da oncologia se revelou, por meio dos depoimentos dos entrevistados, ser um trabalho considerado central que excede o ambiente profissional. A subcategoria chamada de **interface com o trabalho** permitiu revelar que os oncologistas têm dificuldade para desconectar-se do trabalho, separar a vida pessoal da profissional, dormir e não participar de festas e eventos sociais por estarem de plantão médico constantemente. Além disso, se queixam de não viajar e de se sentirem exaustos ao chegar em casa sem tempo ou ânimo para o convívio familiar.

Tem que abrir mão de muitas coisas. Tem anos que eu não vou ao cinema, tem anos que eu nem sei, assim,... o que é diversão, lazer. Nossa, eu nunca mais viajei sem ter meu telefone tocando o dia inteiro, eu não sei o que é deixar o telefone desligado. Mesmo de férias, mesmo no fim de semana, mesmo na minha lua de mel, por exemplo. ( M2 ).

Se eu pudesse me dedicar menos, porque a oncologia é uma especialidade que te suga muito, por exemplo, pode ser um dia que você não tá de plantão, seu paciente é um paciente terminal, você vem ao hospital, o grupo aqui tem muito essa postura de acolhimento aos pacientes. Pode não ser o seu dia de trabalho, se o paciente se interna no hospital grave, você vem. Às vezes, pode não ser o seu dia de trabalho, mas precisa ajudar porque chegou um paciente muito grave, você vem. Então, é uma coisa assim, que a oncologia, em geral, não só no serviço público, no geral, é uma profissão que te exige, né, não só te exige, te abraça mesmo ( M7 ).

Eu acho que os desejos pessoais da gente ficam, muitas vezes, em segundo plano, e a gente acaba colocando os objetivos profissionais em primeiro. (M3)

Foi possível perceber que o trabalho invade a vida privada do sujeito fazendo com que ele não tenha equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, colocando, em primeiro lugar de sua vida, o trabalho em detrimento do convívio familiar e social. Duarte e Mendes (2015) afirmam que a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos pode ocasionar o sofrimento, uma vez que ele está imerso no trabalho de tal forma que não consegue se desvincular dele. Dejours (2012) salienta que o vínculo que o indivíduo estabelece no trabalho é tão forte que, mesmo que o sujeito tente romper

com esses laços, ele não sairá ileso, podendo causar danos à saúde física, mental e psicológica se esse rompimento acontecer de maneira abrupta.

### 5.2.5 Estratégias para lidar com o sofrimento

Para se estruturar frente às situações de sofrimento constante, o indivíduo cria mecanismos que os defendam para que ele possa manter a normalidade diante dos conflitos experimentados no trabalho. Esses mecanismos são, na maioria das vezes, criados sem a percepção dos sujeitos, de maneira inconsciente (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). O quadro a seguir evidencia as subcategorias pertencentes às estratégias para lidar com o sofrimento.

**Quadro-7** Análise das estratégias para lidar com o sofrimento

Categoria	Subcategorias
Estratégias para lidar com o sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformismo</li> <li>• Autocontrole</li> <li>• Dialogar com os colegas de função</li> <li>• Lazer</li> </ul>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Trabalhar com a finitude do ser humano requer dos oncologistas habilidades que são aprendidas no dia a dia, caso a caso. Para poder manter a distância necessária entre a razão e a emoção, são criados alguns mecanismos de mediação para aliviar o sofrimento. O **conformismo** é um deles e, na visão dos oncologistas entrevistados, se baseia na certeza que a morte faz parte do ciclo natural da vida, reconhecendo que não é possível alcançar a cura para todos os seus pacientes.

É manter a frieza mesmo. Manter a frieza, que é uma doença grave, então talvez realmente não tenha jeito. Que muitos pacientes podem falecer dela. Manter isso na cabeça mesmo (M4).

Então, assim tem a dor da perda. Mas tem uma sensação, assim, de que eu fiz o que eu pude por aquela criança, então, tem aquela sensação de que se eu não tivesse aqui poderia ter sido pior (M3).



Pra mim, isso é normal sabe. É uma coisa que a maioria das pessoas não pensa. E quando você fala que trabalha na oncologia, isso vem à mente delas, mas isso acontece todo o dia, toda hora, só que as pessoas não param pra pensar. Isso acontece. Faz parte (M10).

Aceitar a morte como parte do ciclo natural da vida faz com que os oncologistas aceitem a perda da vida de um paciente não como um fracasso profissional, mas, sim, como algo natural que pode acontecer. Este dispositivo pode ser explicado pelo mecanismo de defesa chamado de racionalização que se caracteriza pela tentativa de o indivíduo justificar suas atitudes, crenças ou comportamentos, que podem ser inaceitáveis, por meio de explicações racionais (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013).

O **autocontrole** é um mecanismo usado frequentemente pelos oncologistas pesquisados, uma vez que tentam se monitorar o tempo todo para não se envolverem emocionalmente com os pacientes que acompanham durante anos. Procuram manter a calma e respirar fundo antes de tomar uma decisão. Ainda, procuram se afastar do problema e não falar de doença ou dos casos dos pacientes fora do trabalho.

Então, por exemplo, às vezes, aqui tá lotado de paciente. Então, eu tenho que ficar calma e falar, quanto mais calma eu ficar melhor, quanto mais calma eu ficar mais rápido eu vou conseguir resolver as coisas, eu tento me monitorar mesmo, quanto mais calma eu ficar, eu vou conseguir resolver as coisas com mais eficácia (M4).

Ah, eu vou sair com amigos não médicos, falar de outros assuntos, não falar de doença nem de doentes. Como meu marido não é médico, isso ajuda muito, eu mudo de assunto (M10).

Eu acho que a primeira coisa é respirar fundo. Se afastar um pouco do problema. É tentar ver aquele problema de fora, senão você começa a entrar ali... e aquilo vai te sugar toda sua energia. Às vezes, o que eu tento fazer é me afastar um pouco pra refletir, pra tentar pensar como eu vou agir diante daquele problema (M1).

Moraes (2013) explica que gerenciar todos esses conflitos a que estão expostos levam a maioria dos entrevistados a racionalizar o problema como um mecanismo de proteção. Por essa razão, adotam medidas de pensar, agir e sentir compensatórios, falando pouco do que lhes causa desgaste e sofrimento. Para Dejours (2004), este é um mecanismo pelo qual o sofrimento é vivido de maneira inconsciente, ou seja, dessa maneira o trabalhador consegue suportar o sofrimento, pois não tem consciência daquilo que o cause. Para Mendes (2007), o mecanismo

de defesa criado de maneira inconsciente pode trazer ao indivíduo em um longo prazo riscos à sua saúde mental. Dejours (2012) afirma que os sujeitos podem ficar reféns desses mecanismos, uma vez que não têm a percepção da sua utilização.

**Dialogar com os colegas de função** também é um mecanismo de regulação encontrado pelos oncologistas para externalizar seus sentimentos, buscando dividir momentos pelos quais, às vezes, passam juntos, por se tratar de uma equipe e vivenciarem as mesmas situações. Reclamar com os colegas, falar mal, desabafar e até chorar são ações que fazem com que esses profissionais se sintam melhor para enfrentar os conflitos da especialidade.

Depende, tem dia que eu xingo. Tem dia que eu reclamo. Tem dia que eu não faço nada, toco o barco, depende da situação. E pode ser a mesma situação em dois dias diferentes e eu agir diferente, entendeu. Mas, ultimamente, eu decidi que eu tenho que reclamar, porque ficar sem reclamar não dá certo! (M6).

Acho que conversando com os colegas, às vezes a gente tem algum conflito mesmo, e fica cansada estressada e às vezes vou brigar com o meu marido por causa disso. A gente acaba levando pra família, uma coisa que não tinha nada a ver com ele, mas a gente tenta se acalmar e descansar e pensar o que eu posso fazer melhor na próxima (M9).

Para Ferreira e Mendes (2001), contar com apoio dos pares é importante para que o sujeito se estruture emocionalmente no ambiente de trabalho, evitando a loucura. Muitas vezes, para conseguir suportar as vivências de sofrimento no trabalho, os médicos utilizam a estratégia de compartilhar o que estão sentindo com os colegas de função. Essa realidade interfere também nas relações familiares, visto que levam suas angústias e insatisfações para a família. Mais uma vez é possível perceber que o trabalho acompanha os referidos profissionais todo o tempo, conforme pontuado por Tonon e Grisci (2015), que afirmam que o trabalho tem se tornado uma parte constante na vida dos sujeitos.

Buscar distrair-se, realizar atividades que lhes deem prazer fora do trabalho é um mecanismo que os oncologistas entrevistados procuram quando se sentem esgotados do trabalho. Por essa razão, recorrem a atividades de **lazer** com o objetivo de aliviar o sofrimento e revigorar o ânimo para o esgotamento vivido. Mesmo que esses momentos sejam raros na rotina desses profissionais que têm

uma rotina de trabalho intensa, quando acontecem permitem um equilíbrio mesmo que momentâneo para aliviar o esgotamento físico e mental.

Eu fico muito nervoso, mas tento me controlar. Tento manter a calma, tento pensar em, é, por exemplo, essa semana tá sendo terrível, mas no sábado eu vou, é, passear com minha esposa, por exemplo. Eu tento ter compensações. Compensações são as coisas que a gente gosta de fazer, né. Assim, são poucos os períodos, mas tentar o horário de folga pra fazer uma coisa legal. Viajar! (M2)

Então por exemplo, às vezes aqui tá lotado de paciente. Então, eu tenho que ficar calma e falar, quanto mais calma eu ficar, melhor, quanto mais calma eu ficar, mais rápido eu vou conseguir resolver as coisas, eu tento me monitorar mesmo, quanto mais calma eu ficar, eu vou conseguir resolver as coisas com mais eficácia. Aí, eu vou embora e dou uma descansada, vou ver um filme, alguma coisa assim. Fazer uma academia pra desestressar (M4).

Eu acho que a primeira coisa é respirar fundo. Se afastar um pouco do problema. É tentar ver aquele problema de fora, senão você começa a entrar ali... e aquilo vai te sugar toda sua energia. Às vezes, o que eu tento fazer é me afastar um pouco pra refletir, pra tentar pensar como eu vou agir diante daquele problema. E tem hora que você tem que descansar mesmo! (M1).

Sair do contexto em que estão inseridos, realizar atividades que lhes deem prazer é um mecanismo de regulação para aliviar o sofrimento vivenciado. É possível perceber também que o lazer é visto pelos médicos como um equilíbrio para voltarem à atividade profissional, sendo necessário em alguns momentos em que se sentem esgotados, mesmo que saibam que, ao voltar, à situação será a mesma. Para Mendes (2007), os mecanismos de defesas são importantes, pois trazem para o indivíduo o equilíbrio necessário para desenvolver suas atividades laborais sem que ele tenha patologias e evitar a loucura, pois são elas que protegem o indivíduo dos desgastes vividos, minimizando-os.

Em suma, a partir dos dados obtidos na pesquisa foi possível perceber que os médicos oncologistas estão inseridos em um contexto de trabalho que não é adequado para atender à demanda de pacientes que vem crescendo e sendo mal distribuída. A estrutura física também é um ponto observado como inapropriado para atender pessoas com câncer e as limitações que a doença impõe a alguns casos, dificultando o acesso do paciente a um atendimento amplo e digno. Convivem com a falta de recursos básicos para realizar os procedimentos que seriam a melhor

evidência para o paciente, como, por exemplo, medicamentos, leitos, transporte entre outros.

A organização do trabalho é um ponto relevante, sendo constantemente questionado pelos médicos, pois existe uma deficiência nesse setor que dificulta e, muitas vezes, até impede que o paciente tenha o atendimento adequado. A falta de registro da história médica do paciente, a distribuição proporcional de agendamento de consultas e o acúmulo de funções são os aspectos que mais atrapalham a fluidez do serviço.

O ambiente de trabalho foi considerado adequado no que diz respeito ao relacionamento entre colegas e chefia. Eles sentem-se seguros e confortáveis para expor suas condutas, retirar dúvidas, estudar casos no intuito de conseguir o melhor tratamento para o paciente. O respeito a opiniões contrárias e a disponibilidade de ajuda mútua é presente entre eles. Os médicos entrevistados admitem ter uma equipe médica de outras especialidades bem treinada para atender o paciente com câncer, embora não seja suficiente para atender à demanda.

No que se refere ao sentido do trabalho, observou-se que o trabalho ocupa lugar central na vida dos oncologistas entrevistados. Eles admitem não conseguirem se desligar da profissão, nem mesmo dormindo. Afirmam que a especialidade oncologia tem essa particularidade de os médicos se colocarem à disposição dos pacientes para retirar dúvidas e atender às emergências. Afirmam que eles são solicitados a todo momento, seja pelos colegas no auxílio na conduta de um tratamento ou pelos próprios pacientes, e estão conectados cada vez mais por meio do uso de aplicativos de celular e telefonemas. Muitos dos médicos admitem que o trabalho ocupa a maior parte de suas vidas em tempo e importância, tendo os familiares e amigos que se adequar ao trabalho. Revelam também que em função do trabalho eles têm poucos momentos para o lazer com amigos e familiares.

A sobrevivência do paciente é um dos fatores que confere a esses profissionais sentido ao trabalho que executam. Sentem-se realizados por conseguirem melhorar a qualidade de vida dos pacientes, perceberem a superação do indivíduo ao retomar atividades simples do dia a dia, como a alimentação, a locomoção entre outros. Ver

o paciente recuperar a autoestima e fazer planos para o futuro é um momento de satisfação dos oncologistas.

A ética profissional foi considerada fundamental no exercício da oncologia, pois lidam com tratamentos agressivos e pacientes fragilizados. Foi destacado também que essa é uma especialidade médica que tem movimentado muito dinheiro, por essa razão alguns representantes de remédios procuram oferecer vantagens aos oncologistas na indicação dos seus medicamentos, o que não é aceito pelos médicos entrevistados. Destaca-se também a ética no que se refere à opinião do tratamento realizado por outro profissional.

No que diz respeito às vivências de prazer, a liberdade de expressão é um aspecto importante que confere aos médicos oncologistas entrevistados prazer no exercício da sua profissão. Sentem-se livres para expor suas ideias a respeito do tratamento dos pacientes e são respeitados quanto ao estabelecimento de condutas, mesmo que haja discordância.

Vivenciar a cura dos pacientes com câncer é um momento que não acontece com muita frequência e, quando isso ocorre, é um momento de prazer intenso vivido por esses profissionais, sobretudo ao entender a sua limitação como ser humano e aceitar que a morte faz parte do ciclo da vida. Foi possível perceber que os oncologistas entrevistados sentem tanto prazer em curar quanto em aliviar o sofrimento dos pacientes, conduzindo-os a um fim de vida da melhor maneira possível.

No que se refere às vivências de sofrimento, os aspectos evidenciados foram a falta de recursos que assegurem ao paciente um tratamento compatível com a necessidade de cada paciente. Não ter os recursos necessários em tempo, leva os médicos oncologistas a experimentarem a sensação de sofrimento ao perceberem que poderiam fazer mais pelos pacientes.

O convívio com a morte, apesar de fazer parte da rotina dos oncologistas entrevistados, denota que os médicos oncologistas não são neutros ao sofrimento da perda de uma vida, mesmo reconhecendo que fizeram todo o possível e que a morte não representa um fracasso profissional. Ver que a vida tem um limite os coloca em constante questionamento consigo mesmo.

Foi possível perceber que gerenciar conflitos e imprevistos fazem parte da rotina dos médicos entrevistados que lidam com uma burocracia excessiva que dificulta a fluidez do trabalho. Esse fator faz os médicos entrevistados vivenciarem sensações de sofrimento uma vez que não podem oferecer o melhor tratamento para o paciente por questões burocráticas.

Percebeu-se que os médicos entrevistados não têm equilíbrio entre vida pessoal e profissional, sendo que o lado profissional ocupa maior parte do seu tempo. Eles admitem estarem sempre conectados ao trabalho, seja para auxiliar o colega na condução de um caso, seja para tirar dúvidas de pacientes, seja para estudar casos de pacientes em casa.

No que se refere às estratégias para lidar com o sofrimento, percebeu-se que as individuais são as mais utilizadas, por exemplo, o conformismo, o autocontrole e as atividades de lazer. A literatura mostra que estratégias dessa natureza minimizam o sofrimento, mas não são amplamente efetivas, uma vez que não provocam interferências no modo como o trabalho está organizado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo descrever e analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos médicos oncologistas que trabalham em diferentes hospitais na cidade de Belo Horizonte, tendo como base a psicodinâmica do trabalho. Foi realizada uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, visando compreender de maneira aprofundada como essas vivências se configuram no trabalho dos médicos oncologistas.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 médicos oncologistas, atuando como oncologistas clínicos, cirúrgicos e pediátricos escolhidos por critério de acessibilidade e disponibilidade em participar da pesquisa. Ressalta-se que um deles, ao saber que estava sendo realizada a pesquisa no hospital, procurou o pesquisador de maneira voluntária para participar da pesquisa por considerar relevante o tema proposto e desejar contribuir para pesquisas sobre esta temática. Os dados colhidos por meio de entrevista estruturada foram tratados por meio da análise de conteúdo, definindo-se como categorias *a priori*: contexto do trabalho, sentido do trabalho, vivências de prazer, vivências de sofrimento, estratégias para lidar com o sofrimento.

No que diz respeito ao contexto do trabalho, foi possível perceber que os médicos oncologistas entrevistados trabalham de maneira intensa, com uma carga horária desproporcional. A maioria trabalha em mais de um hospital, o que gera também desgaste físico devido ao deslocamento e desgaste emocional, pois criam mais vínculos com maior número de pacientes. Além disso, lidam constantemente com uma agenda de atendimento cheia, trabalham com evolução de quadros clínicos que se modificam rapidamente. Ainda, são responsáveis por várias condutas médicas: atendimento ambulatorial, atendimento à enfermagem do hospital, prescrição e acompanhamento de quimioterapia, acompanhamento e orientação a residentes, participações em reuniões clínicas. Os médicos também trabalham com a falta de recursos necessários para desempenhar sua função e alguns deles inviabilizam o tratamento, como a falta de medicamentos. A falta de organização e de informatização da história médica do paciente é outro fator recorrente que dificulta a realização do atendimento e da escolha da conduta a ser adotada. A burocracia para conseguir realizar os procedimentos que deveriam ser assegurados ao paciente

também está presente na rotina desses profissionais, que acabam por realizar constantemente funções não médicas como agendamento de consulta, tentativa de marcação de exames, ligações para outros centros de atendimento na busca por melhor atendimento do paciente. Por vezes, os médicos dão suporte psicológico aos pacientes e aos familiares quando necessário e quando possível, pois inexistem estrutura suficiente para dar conta do paciente oncológico, que não necessita somente de tratamento fisiológico.

Quanto ao sentido do trabalho, os médicos entrevistados sentem-se realizados e satisfeitos por estarem na especialidade médica que escolheram. A maioria afirma que a escolheriam novamente quantas vezes fosse necessário, pois se identificam com a vontade de superação dos pacientes, com a alegria de viver apesar de todo o sofrimento passado. Ver o reconhecimento por meio dos pacientes e familiares é revigorante, principalmente quando o paciente se sente satisfeito pelo atendimento e acolhimento. Estar dentro de uma especialidade médica que evoluiu significativamente ao longo de suas carreiras e saber que podem contribuir para alcançar avanços ainda maiores também confere sentido ao trabalho realizado. Serem reconhecidos como profissionais capazes pelos seus colegas de trabalho e chefia é importante para que eles busquem melhorar constantemente. Quando esse reconhecimento vem por parte do paciente, seja com elogios no consultório seja de maneira formal na ouvidoria do hospital, faz com que se sintam recompensados por todo o empenho empregado no estudo de cada caso. Mesmo quando o paciente morre, a família reconhece o trabalho prestado agradecendo por terem feito todo o possível, revelando-se para os médicos oncologistas um momento de satisfação intensa no trabalho.

No que concerne às vivências de prazer no trabalho, são experimentadas várias sensações. Dentre as que mais se destacaram foram vivenciar a cura dos pacientes, que é um momento que não ocorre com tanta frequência. Do mesmo modo, sentem prazer ao conduzir um paciente terminal ao final de vida com maior qualidade, com menos dor, confortando a família e propondo tratamento real de ser alcançado. Procuram, assim, minimizar o que mais incomoda o paciente naquele momento, já que não há cura.



As vivências de sofrimento também estão presentes no cotidiano dos oncologistas, que, por criarem mecanismos de defesas inconscientes para se proteger desse sentimento, procuram não falar das emoções experimentadas que os levam ao sofrimento. Foi possível perceber que todos os entrevistados aprenderam a lidar com a morte, mas que isso não os torna indiferente ao sofrimento oriundo da perda de um paciente nem de vê-lo sofrer. Isso os torna mais frios nas relações familiares e sociais, pois acabam por evitar relações de afeto e contato físico. Percebem também o sofrimento com outra perspectiva, tornando-se intolerantes a futilidades, pois consideram que a maioria das pessoas não tem noção do que é o sofrimento verdadeiro.

Tentam não criar vínculos emocionais com o paciente para não sofrer ao vê-lo morrer, pois sabem que esse processo vai acontecer todos os dias. Entender que a vida tem um limite também causa sofrimento, pois muitos pacientes depositam nos médicos oncologistas a confiança e acreditam que eles têm o poder de vida e morte. Não corresponder a essa expectativa também causa um sofrimento, uma sensação de impotência dentro da especialidade.

Lidar com a burocracia excessiva também faz com que estes profissionais vivenciem situações de sofrimento, no qual percebem que, em alguns casos, o desfecho poderia ser diferente se houvesse maior fluidez no serviço. O gerenciamento constante de conflitos e imprevistos é outro fator que contribui para as vivências de sofrimento, sendo parte da rotina do trabalho dos oncologistas entrevistados, que lidam diariamente com situações que exigem deles saber trabalhar com o inesperado.

Observou-se também que o trabalho se aglutina com a vida particular dos oncologistas entrevistados, os quais se dedicam à profissão de corpo e alma. Procuram constantemente acompanhar a evolução da medicina e contribuir também para o seu avanço, participando de pesquisas e compartilhando os conhecimentos obtidos. Foi possível perceber também que as relações familiares e com amigos dos oncologistas ficam à margem da rotina profissional. E, mesmo em momentos de lazer, o trabalho está presente, seja por meio de telefonemas seja por mensagens.

A estratégia mais adotada para lidar com o sofrimento pela maioria dos médicos entrevistados é o conformismo, pois acreditam que nascer e morrer faz parte da vida e é um processo natural que acontece todos os dias e em todos os lugares, não representando a morte um fracasso profissional. Mostram-se racionais no sentido de fazer o que é possível e oferecer ao paciente o melhor tratamento, conduta essa que traz o equilíbrio necessário para vivenciar as emoções a que são expostos diariamente. Dialogar com os colegas de função também alivia o sofrimento, pois, em muitos momentos, questionam se, devido à sobrecarga de trabalho, não deixaram de ver algum detalhe relevante no tratamento dos pacientes.

Foi possível perceber que, nos momentos em que os médicos entrevistados sentem-se esgotados, procuram se afastar do trabalho realizando atividades de lazer como passear, viajar e ir ao cinema, contudo não conseguem se desligar do trabalho, o que torna esse mecanismo pouco eficaz para lidar com o sofrimento no trabalho.

Inicialmente, destacou-se o prazer que os médicos oncologistas entrevistados sentem na realização do seu trabalho, por conseguirem ajudar ao próximo e do mesmo modo serem ajudados no que diz respeito à percepção da vida. Observou-se que experimentam sensações de prazer não somente na cura do câncer, mas, também, ao conseguirem melhorar a perspectiva e a qualidade de vida de seus pacientes, sendo que mesmo em casos de óbito são reconhecidos pelos familiares pelo trabalho prestado. Contudo, essas vivências não diminuem os pontos considerados deficitários da profissão como o excesso de burocracia, a carga horária desproporcional e a falta de organização do trabalho.

No que diz respeito ao sofrimento vivenciado, foi possível perceber que ele é manifestado com maior frequência no que diz respeito às questões referentes ao contexto de trabalho em que estão inseridos, e não pela especialidade médica em si, uma vez que a maioria afirma que a escolheriam novamente.

A princípio, o que se esperava dos médicos oncologistas era a frieza ao responder a entrevista e que seriam monossilábicos nas respostas. O que se pôde perceber foi o contrário, pois demonstraram-se receptivos e interessados na temática. Foi possível inferir que eles se sentiram de certa forma ouvidos dentro das suas perspectivas da doença. Muitos, após o término das gravações, relatavam casos que estavam

acontecendo no hospital, ou seja, sentiram-se à vontade para expressar sua opinião e dizerem o que pensam.

Percebeu-se o interesse dos médicos em participar da pesquisa pela receptividade com que receberam o pesquisador logo após uma jornada de trabalho intensa, e, além de responderem às perguntas com afinco, comentaram com outros colegas sobre a pesquisa realizada, despertando o interesse de um determinado oncologista que, voluntariamente, procurou o pesquisador para dar a entrevista.

Ficou evidente a preocupação dos oncologistas em desvincular a associação do câncer com a morte. Eles reconhecem o crescimento da doença na população brasileira e ressaltam que existem vários tratamentos, sendo que cada pessoa reage de uma forma. Os médicos oncologistas entrevistados chamam a atenção para a importância de exames de prevenção, pois, no estágio inicial da doença, há mais chances de cura.

A dificuldade nas entrevistas se baseia no acesso a esses profissionais que têm uma rotina de trabalho intensa, sendo que as entrevistas ocorreram ao início ou no final do expediente deles, e algumas tiveram interrupções constantes, pois eles precisavam atender às demandas de urgência para esclarecer as dúvidas de residentes.

Assim sendo, este estudo contribuiu de forma acadêmica para fomentar pesquisas sobre essa temática no que diz respeito às vivências de prazer e sofrimentos dos médicos oncologistas, sendo estes sujeitos de pesquisa ainda pouco explorados dentro da temática. Contribuiu também para fomentar os estudos no que se refere à Psicodinâmica do Trabalho, tendo como base o referencial teórico de Christophe Dejours. Contribuiu igualmente no que se refere ao contexto social por ficar evidente que o paciente oncológico não adoece sozinho, existindo um sofrimento por parte da família e da comunidade à qual o doente está inserido, o que torna o médico oncologista um mediador dessas emoções também.

Sugere-se, para as próximas pesquisas, que se amplie o contexto de pesquisa para nível nacional, podendo ter um quadro de como as vivências de prazer e sofrimento dos médicos oncologistas se configuram em várias regiões do país. Sugere-se,

também, nas próximas pesquisas, uma análise do contexto organizacional particular para verificar se existe diferença entre as vivências de prazer e sofrimento dos médicos oncologistas da rede pública e os da rede privada.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa, 1979.
- BARROS, A. N; ANDRADE, C. R, de; GUIMARÃES, L. V. O Lugar do trabalho na psique dos indivíduos: luto, melancolia e auto-aniquilamento do ego. In: ECONTRO ANPAD, 32, 2008, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.1-15.
- BASTOS, A. V. B.; GONDIN, S. M. G. Replica 1 – Suicídio e trabalho: problemas conceituais e metodológicos que cercam a investigação dessa relação. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 939-948, set./out. 2010.
- BONZATTO, E. A. Tripalium: o trabalho como maldição, como crise e como punição. **Revista Direito em Foco**, Amparo, v.1, p.1-37, mar.2011.
- BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.
- 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.
- 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. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis, 2008.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. In: Chistofer Dejours -1949; tradução de Ana Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez- Oboré, 1991.
- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 2. ed. São Paulo: Atlas, v. 1. p. 149-173. 1993.
- DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise do prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, Dec. 2004.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

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

DOURADO, M. S.; HONÓRIO, L. C. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho: um estudo com médicos oncologistas que atuam em hospitais e clínicas de Belo Horizonte. In Encontro de Estudos Organizacionais da Anpad, ENEO, 2016 Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, F. S.; MENDES, A. M. Da escravidão à servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. **Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 68-128, nov. 2015.

ENRIQUEZ, E. Perda do trabalho, perda de identidade. In: M. R. Nabuco & A. Neto Carvalho (Orgs.), **Relações de Trabalho Contemporâneas**. Belo Horizonte: IRT/PUC/MG. 1999.

FERREIRA, M.C; MENDES, A.M **Trabalho e riscos de adoecimento**: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira. Brasília: Edições Ler, Pensar, Agir (LPA), 2003.

FLAUZINO, C. J. **O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente**. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de psicologia da universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

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. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa - RAE**, v.35, n.2.1995.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

HOIRISCHI, A. **Ser médico - implicações históricas e antológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de prevenção e vigilância. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JUNQUEIRA, I. C. U. Oncologistas de sentem despreparados para lidar com a morte. **Jornal da Usp**. n. 845, set, 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br>>. Acesso em: 17 jan, 2016.

LANCAMAN, S. O. Mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LACMAN, S. SZNELWAR, L.(Orgs) **Christofer Dejours**: à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro, Editora Paralelo 15 / Editora Fiocruz, p. 23 – 34, 2004.

LEITE, J. V.; FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Mudando a gestão da qualidade de vida no trabalho. **Revista. Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 2, dez. 2009.

LIMA JUNIOR, J. H. V.; CASTANHA, A. L. B. O trabalhador médico: prazer e dor como ofício. In: XXXV ENCONTRO ANPAD, 2001, Rio de Janeiro, 2011. **Anais... EnAnpad**, Rio de Janeiro, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, A. M; FERREIRA, M. C. 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, 2001.

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

MENDES, A. M; VIEIRA, F O. Diálogos entre a psicodinâmica e clínica do trabalho e os estudos sobre coletivos de trabalho e práticas organizacionais. **Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 144-189, ago. 2014.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. **Saúde mental e trabalho**, Petrópolis: Vozes, p. 130-142, 2002.

MORAES, R. D. **Estratégias defensivas**. In: Vieira; F.O, Mendes; A.M; Merlo; A.R.C. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

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

OLIVEIRA, J. N. D.; MENDES, A. M. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, dez. 2014.

PRADO, F. A. **Prazer**: a energia dos vencedores. São Paulo: Mercury, 1998.

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

RODRIGUES, S. J. A.; HONÓRIO. L.C. Prazer e Sofrimento: vivências de médicos oncologistas do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. In: Encontro Nacional de

Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. XL, 2016, Costa do Sauípe, **Anais...** Costa do Sauípe, BA, 2016.

ROHM, R. H. D; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós - moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos. EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 332-345, jun. 2015.

SERRANO, S. C. Abordagens precoces minimizam sofrimento físico e emocional. **Onc & Oncologia para todas especialidades**. v.01, n. 3, p.28-32, nov./dez. 2014.

SIMÕES, D.A.P, **Prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologistas que atuam em unidades hospitalares minieras**. 110f. Dissertação (Mestrado em Administração) Faculdade Novos Horizontes. Belo Horizonte, 2016.

SILVA, C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico - paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de fortaleza (CE). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1457-1465, 2011.

SBOC, **Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**. Disponível em: < [https/ www. www.s boc.org.br](https://www.s boc.org.br)>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

SOUZA, S. P. D. S. **Medicina tecnológica, cuidado e business**: estudo sobre a prática dos médicos oncologistas no Brasil.169 f Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina social, Rio de Janeiro, 2007.

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**. n.3, p.20-27, 2009.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, edição especial 1, p. 38-46, 2007.

TONON, L.; GRISCI, C. L. L. Gestão gerencialista e estilos de vida de executivos. **Revista de Administração Mackenzie-RAM**, São Paulo, v.16, n.1, p.15-39, fev. 2015.

VALERIANO, J. C. S.; GARCIA, F. C. Racionalidade substantiva: verificação empírica da teoria do brasileiro Guerreiro Ramos. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO L. C.(coord.). **Administração, Metodologia, Estratégia**, Curitiba Juruá, 2. ed. p. 103-121, 2007.

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

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. 512 p.



VIVONE, C. R. P. **A vivência do oncologista na informação do diagnóstico de câncer à paciente.** 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2004.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Questionário da pesquisa ..... 36**

**APÊNDICE B – Termo de livre consentimento e esclarecido..... 37**

## APÊNDICE A – Questionário da pesquisa

**Prezado (a),**

Solicito a sua colaboração para responder a algumas perguntas que irão embasar a minha dissertação de mestrado referente ao estudo sobre o Prazer e sofrimento no trabalho de médicos oncologista que atuam em hospitais localizados na cidade de Belo Horizonte.

### **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 Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior  
( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

6) Qual a cidade em que você reside?

---

7) Tipo de contrato de trabalho: ( ) Autônomo ( ) CLT  
( ) Contrato por prazo determinado.

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

9) Carga horária de trabalho semanal: ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) 50 horas  
( ) 60 horas ( ) Dedicção exclusiva.

10) Em quantos hospitais você trabalha?\_\_\_\_\_Cite\_\_\_\_\_

---

---

### **Contexto do trabalho**

- 11) Fale-me sobre as suas funções, tarefas e o contexto (ambiente) em que você trabalha. Descreva as diferenças entre os diferentes contextos (ambientes) de trabalho, caso você trabalhe em mais de um hospital.
- 12) Que elementos do ambiente de trabalho você considera adequados para desempenhar a sua função?
- 13) Que elementos você não considera adequados para a realização das suas funções?

### **Sentido do trabalho**

- 14) Descreva sobre o nível de ocupação do trabalho que executa na sua vida.
- 15) Fale-me um pouco de como a sociedade percebe o seu trabalho.
- 16) Com quais elementos você mais se identifica na realização de seu trabalho?
- 17) Relate-me alguns elementos que você mais valoriza em sua função?
- 18) O que você pensa a respeito da ética profissional no exercício das suas funções?
- 19) Diga-me uma palavra que para você expressa (resume) o sentido maior do seu trabalho?

### **Vivências de prazer**

- 20) Quais são os principais elementos de prazer que você vivencia na realização do seu trabalho como médico oncologista?
- 21) O que o seu trabalho proporciona a você com relação à conquista de seus objetivos pessoais?
- 22) Como você se expressa no seu trabalho perante às chefias superiores e aos seus colegas de função?
- 23) O que o reconhecimento do seu trabalho prestado representa para você? Fale-me um pouco sobre isso no exercício da sua função.

### **Vivências de sofrimento**

- 24) Quais são as situações experimentadas no trabalho que podem levá-lo (a) a se sentir esgotado profissionalmente?
- 25) Fale-me um pouco das relações familiares ou sociais em decorrência da situação de trabalho.
- 26) Fale-me um pouco das emoções que você experimenta no seu trabalho.
- 27) Você consegue equilibrar os seus desejos pessoais com os objetivos dos hospitais em que atua? Fale-me um pouco sobre isso.
- 28) O trabalho na unidade de oncologia exige de você habilidades para resolver conflitos e gerenciar situações imprevistas? Como isso acontece no seu dia a dia de trabalho.
- 29) Quais os tipos de insegurança tanto externas quanto internas ao seu trabalho você experimenta hoje?

30) Você escolheria novamente ser médico oncologista? Fale um pouco sobre suas principais motivações profissionais.

31) O que significa para você lidar com a vida e a morte diariamente na sua profissão?

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

32) Quando você se depara com uma situação de trabalho que lhe causa desgaste, como você lida com ela?

## APÊNDICE B – Termo de livre consentimento e esclarecido

### FACULDADE NOVOS HORIZONTES MESTRADO ACADÊMICO DE ADMINISTRAÇÃO TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_

consinto em participar do estudo **“Prazer e sofrimento no trabalho: estudo com médicos oncologistas de hospitais na cidade de Belo Horizonte”**. Esta pesquisa tem como objetivo **analisar e descrever como se configuram as vivências de prazer e sofrimento de médicos que atuam como oncologistas**.

Fui informado que será utilizado como método para coleta de dados para a pesquisa semiestruturada um gravador com fita microcassete. Este estudo é de caráter acadêmico e será orientado pelo professor Dr. Luiz Carlos Honório, professor titular da Faculdade Novos Horizontes. Declaro ainda ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem física ou psicológica e que minha identidade será preservada. Autorizo a publicação em meios acadêmicos e científicos, desde que seja preservado o anonimato sobre a minha participação. Estou ciente de que poderei comunicar a qualquer momento a desistência em participar desse estudo.

Belo Horizonte \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Documento de identificação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisador