

## VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Mirian Aydar Nascimento Ramalho\*  
Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins#

**RESUMO.** O presente trabalho é uma pesquisa realizada com o objetivo de conhecer a realidade psicoocupacional vivenciada pelos profissionais que atuam na clínica de oncologia pediátrica de um hospital da rede pública. Utilizou-se abordagem qualitativa de pesquisa, com a técnica da entrevista semi-estruturada, aplicada a nove profissionais. Os resultados ressaltam como fontes de estresse as dificuldades da organização do trabalho - a falta de reconhecimento do trabalho, problemas na rotina, falhas na coordenação do grupo de trabalho, falta de recursos de auxílio ao profissional e fraca estrutura administrativa no serviço de saúde - assim como as características da doença e de seu tratamento e a morte de crianças. Os resultados também apontam para a importância dos fatores organizacionais na determinação do estresse profissional e para a necessidade de intervenções institucionais de capacitação e apoio para que o profissional possa lidar com os aspectos subjetivos da atividade assistencial, prevenindo-se contra a instalação do estresse profissional ou *burnout*.

**Palavras-chave:** oncologia pediátrica, satisfação no trabalho, estresse profissional & *burnout*.

## EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING WITH PEDIATRIC ONCOLOGY

**ABSTRACT.** Current research, based on qualitative methodology, analyzes the psycho-occupational work undertaken by health professionals in a Child Oncology Clinic of a government public hospital. Half-structured interviews, applied to nine health professionals, showed that difficulties in job organization, namely, lack of job acknowledgement, disadvantages in routine work, failures in staff coordination, precarious resources, poor administration procedures in the health service, the disease and treatment's peculiarities, and the child's death, are stress factors. Results indicate the importance of structural factors in determining professional stress and the need of greater institutional support and professional upgrading so that health professionals may better deal with the subjective aspects of health service and avoid the professional stress or burnout.

**Key words:** Child Oncology Clinic; job satisfaction; professional stress & burnout.

## VIVENCIAS DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA ÁREA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

**RESUMEN.** El presente trabajo es una investigación realizada con el objetivo de conocer la realidad psico-ocupacional vivenciada por los profesionales que actúan en la clínica de oncología pediátrica de un hospital de la red pública. Se ha utilizado el abordaje cualitativo de investigación, con la técnica de la entrevista semiestructurada, aplicada a nueve profesionales. Los resultados resaltan como fuentes estresoras las dificultades de la organización del trabajo - la falta de reconocimiento del trabajo, problemas en la rutina, fallas en la coordinación del grupo de trabajo, falta de recursos de auxilio al profesional y débil estructura administrativa en el servicio de salud - así como las características de la enfermedad y de su tratamiento y la muerte de niños. Los resultados también señalan la importancia de los factores organizacionales en la determinación del estrés profesional y la necesidad de intervenciones institucionales de capacitación y apoyo para que el profesional pueda lidiar con los aspectos subjetivos de la actividad asistencial, previniéndose contra la instalación del estrés profesional o burnout.

**Palabras-clave:** oncología pediátrica, satisfacción en el trabajo, estrés profesional y burnout.

---

\* Psicóloga. Mestre em Ciências. Hospital Infantil Darcy Vargas, São Paulo.

# Psicóloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação. Pós-Doutora pela Unicamp. Pesquisadora Científica do Instituto da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo.

Os profissionais de saúde que trabalham na área de oncologia pediátrica defrontam-se, diariamente, com situações de sofrimento, dor e perda. Realizar investigações diagnósticas, apresentar o diagnóstico, enfrentar o tratamento e todas as suas vicissitudes, juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, são atividades que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional. As características da doença e o tratamento prolongado, com várias internações e atendimentos ambulatoriais, propiciam a aproximação dos profissionais com as dificuldades vividas pelos pacientes e seus familiares (Ramalho, 2002; Motta & Enumo, 2004). A este relacionamento intenso somam-se as exigências de preparo técnico e as limitações do próprio conhecimento médico, o que ocasiona um desgaste adicional ao profissional (Valle, 1997). Além disso, cuidar de crianças com câncer remete o profissional a suas crenças e valores em relação à doença, às possibilidades terapêuticas, à vida e à morte (Carvalho, 1996). A atividade pode, assim, levar ao estresse profissional ou *burnout*.

O Comitê Nacional de Psicooncologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Psicooncologia publicou, em 2000, a tradução autorizada das Orientações Psicossociais em Oncologia Pediátrica da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP, 2000), apontando a importância do *burnout* para os profissionais da saúde que assistem crianças com câncer. Tais orientações citam como causas do *burnout*: a natureza do trabalho (lidar com doença grave no cotidiano; lidar com situação emocional dos pacientes e seus familiares); problemas equipe/paciente (muitas demandas; tempo insuficiente; redução da equipe; problemas de comunicação); características pessoais (muito ou pouco envolvimento; dificuldade em pedir ajuda; dificuldade em ter tempo fora do trabalho, especialmente quando mais experiente ou em posição de autoridade); outros aspectos relacionados (desejo de mudar de emprego; não descansar o suficiente quando cansado; estar com sérios problemas no trabalho e na vida privada ao mesmo tempo).

Kushnir, Rabin e Azulai (1997) estudando fatores que contribuíam para o estresse e *burnout* em enfermeiros da área de oncologia pediátrica, detectaram: limites difusos entre enfermeiros e pacientes; enfermagem excessivamente envolvida com os pacientes e seus familiares e desengajada dos médicos e de outros profissionais; baixa auto-estima profissional; prevalência de metáforas militares como “lutando”, “batalhas”, “ataque”, “luta em diferentes frentes”, “vítimas”, “vitimados”. Quanto a este último

item, os autores apontam para o fato de que o maior inconveniente da metáfora militar é encorajar um critério rígido de sucesso e fracasso para o profissional. Assim, a morte do paciente significa derrota na batalha contra a morte; a recuperação significa sucesso.

Lima (1998) afirma que somente a análise concreta do trabalho - nas suas condições sociais, técnicas e organizacionais - e seu confronto com o discurso dos trabalhadores nos permitem uma maior aproximação de sua realidade. A vivência subjetiva do prazer e do sofrimento no trabalho pode ser objetivada na comparação entre o discurso dos sujeitos e a análise sistemática de sua situação de trabalho. O ir-e-vir entre o discurso dos sujeitos e a análise de sua atividade pode nos aproximar de uma compreensão mais efetiva das possíveis articulações entre a saúde mental e o trabalho.

Sob essa ótica, este estudo tem como objetivo conhecer o discurso sobre a realidade psicoocupacional vivenciada pelos trabalhadores da clínica de oncologia pediátrica de um hospital público da cidade de São Paulo e, assim, obter subsídios para intervenções nessa população e para trocas de experiências com outros serviços, principalmente os de âmbito público.

## MÉTODO

Foi utilizada a metodologia qualitativa de pesquisa, pois este trabalho busca conhecer os sentidos e significações dados ao conjunto de percepções, sentimentos e vivências da população a ser estudada (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Foram convidados para participar do estudo profissionais das diferentes categorias, a fim de se obter um amplo espectro das características psicoocupacionais dos membros da equipe e de seu contexto de trabalho. Trata-se de amostra proposital (*purposeful sampling*), na qual se selecionam casos ricos em informações para um estudo em profundidade. O tipo de amostra proposital utilizado foi o da variação máxima (Patton, 1990), isto é, amostra de casos em uma larga faixa de variação dentro do fenômeno estudado. A escolha por esse tipo de amostra se deu porque a intenção, quanto a futuras intervenções, é abarcar a equipe como um todo.

Foi utilizado um instrumento de entrevista semi-estruturada, desenvolvido a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo ao entrevistador fazer as necessárias adaptações a partir dos dados que ia obtendo do entrevistado (Lüdke & André, 1986).

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde e pela Comissão de Ética Médica do hospital. Os profissionais participaram mediante consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Foram entrevistados nove profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe de atendimento na clínica de oncologia pediátrica do hospital. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho. Os sujeitos da pesquisa foram: dois médicos, um secretário, um psicólogo, um farmacêutico, um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem.

Ao término da entrevista, já com o gravador desligado, a pesquisadora tentou trabalhar os aspectos que poderiam ter sido emocionalmente perturbadores para o entrevistado, conforme recomenda Turato (2003), quando afirma que, em se tratando de método qualitativo aplicado em *setting* de saúde, é imprescindível que o pesquisador acolha as pessoas entrevistadas numa atitude clínica.

Para a análise do material obtido nas entrevistas, foi utilizado o procedimento da *análise temática*, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 1999).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um primeiro fator importante a ser considerado quando analisamos a participação dos entrevistados relaciona-se à dificuldade de o profissional ter com quem falar sobre as questões relacionadas ao trabalho com crianças com câncer. As pessoas, os familiares e o próprio profissional julgam não ser adequado falar sobre o assunto câncer (Kushnir, Rabin & Azulai, 1997); assim, ter alguém que estimula os profissionais a exporem fatores estressantes e gratificantes de sua atividade, como foi o caso da presente pesquisa, foi um aspecto facilitador para o envolvimento dos entrevistados.

“A gente nunca conversou sobre isso com os funcionários. A gente só pensa para os pacientes... Na gente, a gente nunca pensou... é como uma máquina: a gente vem, trabalha, vai embora”. (Entrevistado 9)

Os entrevistados relataram que o diagnóstico, o tratamento e a morte são fatores estressantes desde o momento de chegada da criança ao hospital. Tal

momento é visto pelo profissional como muito difícil, pois este, embora compreenda o sofrimento da criança e dos familiares por antever as dificuldades a serem enfrentadas, nem sempre se sente em condições de atendê-los de forma adequada.

“O que é mais difícil para a gente é aquela primeira hora em que a criança chega, a adaptação da criança com a gente... tanto da criança quanto da mãe.” (Entrevistado 6)

O tratamento é visto pelos profissionais como muito penoso para a criança e, muitas vezes, lidar com este sofrimento é pior que presenciar a morte.

“Ele [o tratamento] derruba a criança; a criança passa muito mal, cai cabelo, abaixa a auto-estima...” (Entrevistado 5)

Os sentimentos frente à morte da criança são vividos com muita intensidade, e podem levar à depressão.

“Quando eu vejo que, no meu trabalho, eu fiz tudo por uma criança... até o final e você vê que tudo aquilo foi em vão... me deixa muito depressiva, muito para baixo”. (Entrevistado 6)

A família também solicita amparo do profissional na iminência da morte da criança; este, invariavelmente, sente-se despreparado para lidar com esta situação, e sofre.

“O que é mais difícil para mim é quando a criança vai a óbito e a mãe me chama para conversar. Eu acho que ainda não sei como lidar com isso”. (Entrevistado 1)

As falas dos profissionais mostram como eles não estão preparados para lidar com as perdas, a ponto de se sentirem culpados pela dor, natural e humana, frente à morte. Na relação com os colegas, percebem como imprópria ou não aceitável a necessidade humana de compartilhar, no trabalho, a sua dor. Esse fato é justificável, na medida em que sua formação geralmente esteve, antes de tudo, voltada para o aspecto biomédico do tratar e curar doenças, em detrimento dos fatores relacionais e emocionais (Nogueira-Martins, 2001).

Os profissionais ligados ao trabalho de cuidar precisam encontrar formas de lidar com o impasse de ter, concomitante ao estabelecimento de vínculos afetivos com seus pacientes, um distanciamento

afetivo que lhes permita cumprir sua função e, ao mesmo tempo, se proteger (Codo, 1998).

Os entrevistados relataram como grande fonte de estresse a falta de reconhecimento do seu trabalho na instituição. O profissional percebe seu investimento no trabalho e os resultados externos, mas não tem o reconhecimento dos colegas, uma mobilização dos superiores para levar à frente seus projetos e auxiliá-lo na criação de formas satisfatórias de atendimento ao público.

“Eu tenho um monte de coisa que faço e acaba não aparecendo aqui dentro, mas que aparece lá fora. E aí, de repente, o colega de trabalho fala: ‘você não faz nada’; isso estressa.” (Entrevistado 1)

O próprio profissional atribui um sentido pejorativo ao funcionário que atua no serviço público quando diz que está se tornando um deles, somente cumprindo sua obrigação. A imagem discriminatória também vem citada como uma generalização injusta; mas, ante a falta de reconhecimento, trabalhar somente o necessário passa a ser uma forma de defesa.

“... cada vez mais, eu estou virando mais um funcionário público. Toda aquela dinâmica que eu tinha, de me dedicar... agora é o contrário: eu quero chegar aqui, atender os pacientes e ir embora... Eu não vejo reconhecimento pela trajetória, pelo histórico.” (Entrevistado 4)

No que se refere a profissionais que atuam no serviço público, Durand (2000) faz referência a um sentido degradado atribuído ao serviço público no Brasil e aponta que as representações ruins da instituição pública são compartilhadas pelos seus próprios membros. O profissional, no serviço público, tem um vínculo depreciativo com seu trabalho e com a instituição em que trabalha, expresso na relação intersubjetiva que estabelece com os colegas e/ou com os seus assistidos. O sentimento de desânimo, impotência ou abandono que se abate sobre o profissional funciona como uma trava às suas disposições construtivas, reforçando a idéia de ineficiência.

Não obstante, ao mesmo tempo em que a falta de reconhecimento faz com que o profissional sinta vontade de não se envolver com o trabalho, ele tem consciência de sua enorme responsabilidade, principalmente quando tem pacientes tão graves sob seus cuidados.

“... até à noite, eu não consigo dormir, quando passo um plantão com muitas intercorrências... Já cheguei a acordar e pensar: ‘eu tenho que trabalhar de novo’... porque eu acho que ficou alguma coisa para trás...” (Entrevistado 8)

Os entrevistados referem que os baixos salários repercutem na sua atuação, ao necessitarem estar em diferentes lugares e, mesmo assim, não terem condições financeiras para arcar com as despesas necessárias para a sua sobrevivência, muito menos para o lazer.

“Isso me incomoda muito [não ser gratificado com um salário decente], até já tive discussões com X, que acha que a gente tem que trabalhar porque gosta... Concordo... mas só que, além disso, a gente tem que pagar as contas, tem que ter férias.” (Entrevistado 4)

Os profissionais de saúde, sistematicamente, têm aumentado suas horas de trabalho em múltiplos empregos, como mecanismo de compensação para perdas de remuneração e substituição da ocupação autônoma (Nogueira-Martins, 2003).

Os entrevistados apontam para a necessidade da melhoria salarial para que as pessoas não necessitem de tantos empregos e se concentrem em um lugar apenas.

“Eu acho que as pessoas estão aqui pensando em sair, ir para o consultório, ir para um segundo emprego, voltar para casa. A cabeça e o corpo não ficam num mesmo lugar.” (Entrevistado 3)

Os profissionais entrevistados relataram que trabalham muito, com grande responsabilidade, em face de uma demanda excessiva. Deparam-se, frequentemente, com serviços não executados, o que lhes acarreta uma estressante sobrecarga de trabalho.

“Quando a enfermagem está cheia e o quadro de funcionários é reduzido, acaba estressando bastante, porque são muitas quimioterapias. O auxiliar de enfermagem também solicita muito o enfermeiro.” (Entrevistado 5)

O profissional sente estar realizando muito mais tarefas do que lhe caberia, atendendo um número muito grande de pacientes e não sendo reconhecido pela instituição, pelos próprios colegas e, principalmente, não tendo uma recompensa financeira

que lhe possibilite se espairecer de tantas exigências no trabalho.

Lyckholm (2001), Labate, Ribeiro e Bosco (2001), em trabalhos com médicos e enfermeiros da área de oncologia, encontraram, entre as principais causas de exaustão para estes profissionais, o tempo insuficiente para assuntos pessoais e férias, além daquelas situações referentes ao sofrimento e morte. Também foram causas de estresse: enfrentar assuntos relacionados a fontes pagadoras e excesso de trabalho.

A dificuldade de comunicação entre os profissionais das várias áreas acarreta uma falta de integração na equipe, um desconhecimento da qualificação específica de cada um, com repercussões na divisão de tarefas e responsabilidades, o que leva à sobrecarga de trabalho e à falta de reconhecimento da atividade realizada.

“Tem coisa que, quando você fala ‘gritando’, às vezes as pessoas entendem melhor... Quando você fala no corredor, às vezes elas entendem... A falta de comunicação gera falta de respeito, falta de compartilhar os problemas.” (Entrevistado 7)

O profissional observa uma dificuldade de “escuta” na hierarquia superior, talvez até por um despreparo dos gestores para receber as pessoas com uma multiplicidade de formações, diferentes da sua e reconhecer os diferentes saberes e responsabilidades profissionais. Precisar gritar ou conversar no corredor para ser ouvido, denota uma desvalorização do profissional. As providências assim tomadas, na informalidade, destituem a pessoa de sua qualificação.

A dinâmica entre o trabalhador e o trabalho se apóia no processo de contribuição-retribuição. A contribuição é espontânea à organização real, e a retribuição é simbólica, dada pelo reconhecimento, processo pelo qual o profissional pode construir sua identidade social e obter realização (Mendes, 1995). Assim, a falta de reconhecimento pelo trabalho do profissional tem implicações na sua identidade profissional e na possibilidade de obter realização simbólica, interferindo na auto-estima de forma negativa. Mesmo se reconhecendo responsável, dedicado e preocupado com a criança e com a família, ele não se dá conta do valor de sua experiência e conhecimentos na área, quando isso, como forma de retribuição, não lhe é apontado. Assim, o profissional se admira que haja pessoas que reconheçam e valorizem seu conhecimento.

“... o médico novo veio conversar comigo... ‘Ouvi falar que você entende pra caramba de

oncologia... que você vai poder me ensinar!’ e eu ‘Está enganado... até entendo razoavelmente, quebro um galho’... Nossa!! quem sou eu para ensinar alguém?” (Entrevistado 7)

Camargo e Bueno (2003) acreditam que a valorização do trabalho é determinada pelas relações interpessoais estabelecidas com os colegas e pela segurança proporcionada quanto à satisfação das necessidades materiais. Os entrevistados se sentem injustiçados pela falta de reconhecimento e indicam a necessidade de que a instituição promova justiça, premiando os funcionários pelo seu desempenho, interesse e dedicação.

“Esse incentivo tem que ser através de cursos, gratificações, salário. Mas... uma coisa com critérios.” (Entrevistado 4)

Rodrigues (1998) considera o sentimento de satisfação com o trabalho como um dos aspectos mais importantes na proteção com relação ao *burnout*. Alguns profissionais demonstraram, como característica de personalidade, um forte espírito de luta, e também revelaram estar com sua atenção voltada aos aspectos positivos das situações, o que os ajuda a direcionar suas energias para o controle das dificuldades e para a busca de objetivos.

“... tenho procurado ter um controle muito grande da situação... olhar para o que é bom, para o positivo e me convencer de que está valendo a pena... eu luto para conseguir e eu acho que a gente tem conseguido, a cada dia, um pouquinho mais.” (Entrevistado 2)

Por outro lado, outros profissionais referem não ter clareza das propostas da instituição, fato que, aliado à falta de reconhecimento, leva-os a trabalhar sem um objetivo e sem esperança, com vontade de desistir do trabalho na área da Saúde.

“Umás duas, três vezes, eu tive vontade de desistir mesmo, de largar. Eu só não o fiz, por covardia, por preguiça de ter de começar tudo de novo em outro lugar, sem ter me precavido, sem ter uma reserva, sem ter nada.” (Entrevistado 4)

Embora o tempo de trabalho dos entrevistados na clínica de oncologia do hospital tenha sido, em média, de oito anos, há profissionais contratados em regime temporário de trabalho, por tempo determinado. Trata-se da Lei Complementar 733/93, um contrato emergencial de funcionário por 12 meses, criado pelo

governo do Estado de São Paulo para suprir a necessidade de trabalhadores no serviço público. Os profissionais que aceitam tal contrato, em geral, são recém-formados e sem experiência em oncologia pediátrica. O treinamento ocorre em serviço; ao final do contrato, quando esses profissionais já adquiriram certa prática, estabeleceram vínculo com a equipe e com as crianças, são exonerados. Tanto para aquele que sai como para a equipe que permanece, a experiência é de descontinuidade e impossibilidade de se levar adiante um projeto.

“Parece que quando uma coisa vai engrenar para acontecer, terminam os contratos e zera tudo de novo”. (Entrevistado 3)

Algumas pessoas, usando sua criatividade, têm maior facilidade ou mesmo flexibilidade para lidar com o imprevisível e/ou com a falta de soluções aparentes, enquanto outras se acomodam e não demonstram interesse em fazer nada além do que “está escrito”. Pela conjugação da falta de reconhecimento e características de personalidade e até por desconhecimento do valor de seu próprio trabalho para o funcionamento da instituição como um todo, alguns profissionais não conseguem a adaptação ou ajustamento à organização do trabalho, transmitindo uma impressão de falta de interesse, de envolvimento e de responsabilidade.

“A rotina não é cobrada, não é exigida, porque os erros são os mesmos, repetidamente. E, você vai lá, você fala, você pede, você conversa e dali a pouco a coisa acontece do mesmo jeito”. (Entrevistado 2)

Na clínica de oncologia pediátrica as rotinas existem, mas não atendem às suas demandas atuais. O profissional percebe as exigências do serviço que demandam uma atitude urgente e tenta o controle da situação através da prática do “quebra-galho”, para suprir as deficiências.

“Às vezes, você esbarra em pequenas coisas que não têm cabimento. Vamos supor: a criança foi para a biópsia e quanto antes tiver o anátomo [resultado do exame anatomopatológico] melhor para ela. A peça fica parada no centro cirúrgico dois dias, porque o médico que fez o pedido esqueceu de colocar um carimbo. Parou porque falta um carimbo, sendo que podia ter ligado, eu levava o carimbo até lá ou eu pegava a folha e trazia.” (Entrevistado 1)

Para aquele que “quebra-galho” a situação é dúbia, pois se, por um lado, sente-se dando o melhor de si para o atendimento dispensado à criança, por outro, não encontra tranquilidade, porque para atingir seu objetivo está usando de subterfúgios e transgredindo regras.

“A gente ainda depende de favor, depende de empenhos individuais. Eu gostaria de trabalhar naquele serviço em que você tem a sensação que ele vai funcionar perfeitamente, nem que você não esteja ali ou que qualquer outra pessoa falte. Gostaria que a engrenagem funcionasse independente da pessoa.” (Entrevistado 4)

Dejours e Jayet (1991) observaram que, para lidar com a insuficiência e as impossibilidades práticas prescritas de uma organização de trabalho, o trabalhador faz uso de sua inventividade, preenchendo e ultrapassando as incoerências e, assim, configurando a prática de “quebra-galho”. No plano subjetivo, ao mobilizar a inteligência e esperteza, esta prática pode ser uma fonte de interesse e gratificação no trabalho; porém, conforme apontam estes autores, o caráter ilícito da prática de “quebra-galho” leva à desconfiança e ao não-reconhecimento do esforço no trabalho. As relações entre os trabalhadores tornam-se tensas e desaparecem a cooperação e a solidariedade.

“Eu tenho sentido que incomoda um pouco essa forma de a gente trabalhar.” (Entrevistado 2)

Os entrevistados relataram também que muitas vezes respondem a várias chefias e que, freqüentemente, alguns desses chefes não vivem o dia-a-dia da clínica, com suas vicissitudes, não tendo, assim, compreensão das necessidades e dificuldades do serviço. Desta forma, as regras gerais podem não estar servindo para as questões específicas da clínica nem sendo identificadas pelas instâncias superiores, a quem caberia propor muitas das mudanças.

Profissionais que atuam em um mesmo setor e são coordenados por diferentes chefes são levados a um desgaste com burocracias que poderia ser evitado. Os profissionais se queixam de não saber a quem recorrer e também têm dificuldades quanto à responsabilização pelas falhas.

“Todas as burocracias, todas as coisas assim que se fazem e que se perdem nesse caminho, me estressam muito.” (Entrevistado 3)

O tratamento do câncer envolve prescrições segundo protocolos previamente avaliados que, corretamente seguidos, aumentam as chances de cura da criança. As mudanças técnicas vêm ocorrendo com maior intensidade e rapidez, e nem sempre o serviço público consegue acompanhá-las no devido tempo.

“... estressa bastante a incerteza que eu tenho na manipulação... Eu garanto a técnica... A prescrição deveria vir acompanhada do protocolo... em instituições onde o sistema é informatizado... posso conferir a concentração.” (Entrevistado 7)

Profissionais mais jovens, recém-formados, chegam ao serviço público com um cabedal de conhecimentos técnicos que por vezes não é devidamente aproveitado na instituição, que caminha de uma forma mais lenta na absorção dessa tecnologia.

Os profissionais conhecem as necessidades não só físicas, mas também psicoemocionais da criança com câncer, entendendo que bons resultados no tratamento dependem de condições institucionais para atender o paciente de forma adequada e para oferecer suporte à sua família. Não conseguindo atender estas solicitações, o profissional sofre.

A síndrome de *burnout* implica em uma redução da realização pessoal e profissional, evidenciada por um sentimento de decepção e frustração quando o profissional sente-se cometendo falhas com seus ideais, normas, conhecimentos e com os pacientes. Nesta pesquisa, os entrevistados percebem falhas da organização do trabalho em propiciar soluções aos problemas institucionais e evitar frustrações e estresses desnecessários ao profissional, enquanto cuidador da criança e de sua família. A instituição deve ter uma organização de trabalho que permita esses investimentos.

“... mas o hospital não investe, não dá curso.” (Entrevistado 1)

O profissional que trabalha na rede pública sente-se impotente dentro da cadeia administrativa na qual o hospital está inserido, percebendo que decisões importantes nem sempre podem ser tomadas no âmbito da gerência local.

“É um hospital que é ligado a uma secretaria, que é ligada a um governo... muita gente envolvida; deve ser muito difícil administrar isso tudo... Eu tenho a sensação de ser uma formiguinha dentro de uma estrutura muito grande.” (Entrevistado 3)

Silva (1998) considera que o desgaste e o sofrimento do trabalhador no hospital se devem tanto à sua impotência frente a uma estrutura hierárquica centralizadora, que impede a ação criativa, como aos limites colocados pela organização do trabalho. Muitas vezes, o trabalho carece de sentido e faz com que muitas atividades pareçam inúteis; além disso, como freqüentemente o profissional não se sente integrado ao hospital, deixa de considerar o trabalho como sua realização.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais entrevistados desvelaram um cenário bastante claro e contundente sobre seus sentimentos e suas condições de trabalho, vivenciados com sofrimento, o que pode levar ao estresse. Vale ressaltar que falaram também de gratificações no trabalho, referentes ao relacionamento interpessoal e intra-subjetivo estabelecido entre os profissionais e as crianças e seus familiares, dando um significado e sentido ao trabalho. Suas falas sugerem que, ressalvadas algumas especificidades relativas à formação e à atividade desempenhada, tanto os fatores estressantes como os gratificantes são muito semelhantes entre os profissionais da área de oncologia pediátrica.

Os entrevistados evidenciaram uma redução da realização pessoal e profissional, manifestada por um sentimento de decepção, de frustração, baixa auto-estima e depressão; contudo, também demonstraram gostar do que fazem; tentam lidar com as dificuldades de forma individual e esperam um olhar atento da instituição para questões que realmente são de sua responsabilidade. Desta ambigüidade se pode depreender a influência do não-reconhecimento e da indiferença institucional como fatores desencadeantes de sofrimento.

As fontes de gratificação ocorrem pelos resultados obtidos com o tratamento da criança e pelo estabelecimento dos vínculos afetivos, que ajudam os profissionais a encontrar satisfação e prazer naquilo que desempenham. Não obstante, os estudos mostram que isso não é suficiente para a prevenção de doenças ocupacionais e que a instituição também tem a responsabilidade de ajudá-los, promovendo o reconhecimento de seus méritos e um ambiente de trabalho onde as pessoas se respeitem.

Foi observada estreita relação com os elementos fornecidos pela SIOP (2000), quanto aos vários fatores que podem causar o *burnout*. Assim, várias das recomendações de Garroza-Hernandez *et al.* (2002) para os profissionais de saúde tiveram sua importância

corroborada por esta pesquisa. Quanto ao contexto do trabalho, os autores recomendam: definir limites pessoais em termos de tempo e energia, evitando envolvimento excessivo; encontrar mecanismos para controlar estressores do trabalho dentro do hospital, usando sistemas de apoio informal e formal; deixar suas necessidades serem conhecidas pelos colegas e supervisores, especialmente quando a limitação dos recursos leva à sobrecarga; comunicar-se com os colegas regularmente enquanto trabalha, beneficiando-se do apoio social; facilitar encontros com os membros da equipe nos momentos de transições críticas/importantes dos pacientes; manter linhas de comunicação abertas com os colegas e minimizar diferenças quando ocorrem. Já quanto à vida pessoal, sugerem: manter equilíbrio entre vida pessoal e profissional; dedicar esforços à família, relaxamento, diversão, como faz com o trabalho.

Para o contexto das instituições, ressaltamos aqui as recomendações do Ministério da Saúde (2001; 2004), veiculadas em suas propostas de humanização da assistência, quando se referem à importância do cuidado com o profissional de saúde e dirigidas às instituições: criar canais de identificação das necessidades e expectativas do profissional de saúde, bem como canais de retorno desta avaliação; criar cursos de capacitação permanente dos profissionais de saúde com foco na humanização do serviço; criar sistema de apoio psicológico e social aos profissionais; formar grupos transdisciplinares para discussão de casos clínicos com foco no trabalho de humanização e/ou discussão de situações de conflito.

Acrescentem-se também as contribuições de Durand (2000), que faz importantes considerações quanto ao cuidado com o cuidador (profissional de saúde), especificamente nas instituições públicas. Ressalta que o sentimento de desencanto do profissional é facilmente atribuído à estrutura da instituição, que, por sua vez, com seus problemas de ordem econômica e política, cumpre a função de um depositário. O deslocamento do objeto de frustração para o âmbito estrutural passa a justificar a sensação de impotência que impede um investimento mais construtivo. O rompimento desses vínculos distorcidos pode propiciar ao profissional a criação e o desenvolvimento de técnicas a partir de um investimento no trabalho, guiado principalmente pela intuição e sensibilidade.

Para Durand (2000), o grupo é um importante instrumento para promover a saúde mental dos profissionais. A função de quem se propõe a cuidar dos cuidadores é a de ajudar o grupo de profissionais a lidar com seus problemas, sejam socioeconômicos ou

propriamente emocionais, de uma forma mais construtiva. O cuidar dos cuidadores não está comprometido com a solução administrativa dos problemas, mas sim, com a criação de condições emocionais e operativas para que estes sejam discutidos e elaborados. Deve ajudar o profissional a lidar com os fatores impeditivos da atividade criadora, como medo e competição, e a caminhar em direção à realização de objetivos e metas. O grande desafio é propiciar condições para que as insatisfações sejam discutidas e haja o encaminhamento de propostas de reformulações para a organização do trabalho. Não cabe ao profissional que cuida dos cuidadores mudar as relações de trabalho; entretanto, estará abrindo caminho para que os profissionais possam pensá-las, ao ajudá-los a lidar com as emoções e desenvolver atitudes construtivas. Dessa forma, os profissionais, mais integrados, não precisarão se colocar no papel de vítimas diante da instituição. A função de quem se propõe a cuidar dos cuidadores é ajudar o grupo de profissionais a lidar com seus problemas, desenvolvendo condutas éticas de respeito à dignidade dos pacientes e valorização dos colegas (Nogueira-Martins, 2002). O sofrimento psíquico, inerente à atividade dos profissionais de saúde, pode ser transformado em desenvolvimento pessoal e construção de conhecimentos, se for cotidianamente compreendido e elaborado pelos seus protagonistas.

Outra contribuição é a de Kovács (2003), no que diz respeito à “Educação para a Morte”. A autora propõe a formação dos profissionais através de disciplinas que tratem da morte; não como padrões de informações, receitas prontas ou doutrinação, mas, sim, como um preparo para compreender não só o sofrimento do outro (a criança e seus familiares), mas também o seu próprio, de modo a favorecer um desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal e o cultivo do ser. A dor pela perda e a tristeza do luto estão presentes em cada um de nós, inclusive enquanto profissionais de saúde, e não podem ser abolidas, mas podem ser avaliadas e elaboradas.

É essencial, como possibilidade para o enfrentamento do sofrimento psíquico e prevenção de doenças ocupacionais, que haja um reconhecimento institucional do trabalho realizado, e que a instituição promova momentos de discussão entre os vários profissionais, oferecendo-lhes a oportunidade de mostrar seu trabalho, expor sua dedicação ao paciente e os resultados obtidos com os tratamentos, para maior compreensão e apoio dos colegas. A compreensão do trabalho de cada um pela equipe deve caminhar no sentido da formação de trabalhos transdisciplinares, como assinalado por Spink (1992), na qual a



superação de diferenças implica na compreensão do modo como se estruturam outros tipos de pensamento diferentes do nosso. A compreensão exige de todos os envolvidos uma abertura para a escuta do desejo, dos medos, da insegurança que o diferente suscita em cada um.

A presença de profissionais cuidadores é necessária nas instituições de saúde. Em não se podendo contar com profissionais externos à instituição, cabe aos gestores providenciar suporte e supervisão adequados para o cuidador interno realizar sua tarefa. É imprescindível, também, que haja troca de experiências entre os profissionais cuidadores das várias instituições, voltadas para a discussão de formas de intervenção adequadas à nossa realidade.

### REFERÊNCIAS

- Camargo, R. A. A. & Bueno, S. M. V. (2003). Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 490-498.
- Carvalho, V. A. (1996). A vida que há na morte. Em M. M. J. Carvalho (Org.), *Vida e morte: laços de existência* (pp. 35-75). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Codo, W. (1998). Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). Em A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade & W. Codo (Orgs.), *Trabalho, Organizações e Cultura* (pp. 21-41). São Paulo: Capital.
- Dejours, C. & Jayet, C. (1991) Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. Em C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp. 67-118). São Paulo: Atlas.
- Durand, M. (2000) *Doença ocupacional: psicanálise e relações de trabalho*. São Paulo: Escuta.
- Garroza-Hernández, E., Benevides-Pereira A. M. T., Moreno-Jiménez, B. & González, J. L. (2002). Prevenção e intervenção na Síndrome de Burnout: como prevenir (ou remediar) o processo de Burnout. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 227-271). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de Saúde e Educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kushnir, T., Rabin, S. & Azulai, S. (1997). A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 20(6), 414-421.
- Labate, R. C., Ribeiro, B. A. & Bosco, A. G. (2001). O estresse do enfermeiro junto a pacientes com câncer. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 9(3), 243-247.
- Lei Complementar 733/93, publicada na Assessoria Técnico-Legislativa do Estado de São Paulo, aos 23 de novembro de 1993.
- Lima, M. E. A. (1998). A pesquisa em saúde mental e trabalho. Em A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade & W. Codo (Orgs.), *Trabalho, organizações e cultura* (pp. 49-59). São Paulo: Capital.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E. P. U.
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in practice of oncology. *Lancet Oncology*, 2(12), 750-755.
- Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-2-3), pp. 34-38.
- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria da Assistência à Saúde (2001). Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar. Série C. *Projetos, Programas e Relatórios*, n. 20. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Saúde (2004). HumanizaSus: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2001). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2002). Oficinas de Humanização. Em W. Villela, S. Kalckman & U. C. Pessoto (Orgs.), *Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa* (pp. 93-98). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). A saúde do profissional de saúde. Em M. A. De Marco (Org.), *A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocia*. (pp. 93-99). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nogueira-Martins, M. C. F. & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44 – 57.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Ramalho, M. A. N. (2002). Psico-oncologia e luto: crianças com câncer. Em M. H. P. Franco (Org.), *Uma jornada sobre o luto* (pp. 71-81). Campinas: Livro Pleno.
- Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. (Acesso em 02/10/2006).
- Rodrigues, A. L. (1998). O “stress” no exercício profissional da Medicina - uma abordagem psicossocial. Tese de Doutorado Não Publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Silva, C. O. (1998). Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 26-33.
- SIOP: Comitê Psicossocial da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (2000). *Orientações Psicossociais em Oncologia Pediátrica* (Françoso, L.P.C. & Valle, E. R. M. Trad., permitida por John Wiley and Sons, Inc. e publicada pelo Comitê Nacional de Psico-Oncologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia). Ribeirão Preto: Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC).
- Spink, M. J. P. (1992). Saúde: um campo transdisciplinar? *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 3(1/2), 17-23.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Valle, E. R. M. (1997). *Câncer Infantil: compreender e agir*. Campinas: Psy.

Recebido em 05/12/2005

Aceito em 22/05/2006

---

**Endereço para correspondência:** Mirian Aydar Nascimento Ramalho. Rua Jesuíno Arruda, 590, 3º andar, CEP 01314-000, São Paulo-SP. E-mail: mcezira@isaude.sp.gov.br