

**O SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS  
DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E  
TMO/HUCFF AO LIDAR INTIMAMENTE  
COM O PROCESSO DE ADOECER E  
MORRER DOS PACIENTES:**

Os rebatimentos na vida pessoal

**Carla Almeida Nascimento dos Santos**

**Thaís Sucupira da Costa**

**Carla Almeida Nascimento dos Santos**

**Thaís Sucupira da Costa**

**O SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA  
UNIDADE DE HEMATOLOGIA E UTMO/HUCFF AO  
LIDAR INTIMAMENTE COM O PROCESSO DE  
ADOECEER E MORRER DOS PACIENTES:**

Os rebatimentos na vida pessoal

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Graduação, da Escola de Serviço  
Social da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro

Orientadora: Rita de Cássia Cavalcante Lima

**RIO DE JANEIRO  
DEZEMBRO DE 2006**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, aos nossos pais, Carlos, Maria e Nelsa, pelo amor incondicional, carinho, dedicação, por nos apoiar em todos os momentos de nossa vida e pelos sonhos abdicados em favor dos nossos. Saiba que temos por vocês o maior amor do mundo.

À nossa orientadora Rita de Cássia, por ter acreditado em nosso potencial, pela paciência, pela disponibilidade, por traduzir em palavras algumas de nossas idéias, pela imensa ajuda em todo o longo percurso da monografia. Sem ela, nosso trabalho não seria o mesmo. E que, hoje, é para nós referência de professora e profissional.

À Leila, nossa supervisora de estágio, pelo exemplo de profissional dedicado e competente, por ter sido nossa primeira incentivadora neste trabalho, pela ajuda em abrir as portas da instituição para nós, e pelas lições de vida e lições profissionais que tivemos em um ano a seu lado. Saiba, que acima de tudo, a consideramos nossa grande amiga.

Às nossas grandes amigas que encontramos no árduo caminho da faculdade, Alyane, Olívia e Paula, por compartilhar conosco momentos de alegria e diversão, e nos incentivar a sempre seguir em frente. O que se iniciou na universidade se estenderá por toda a vida. E a todos os outros amigos que fazem nossa vida mais divertida e feliz.

Aos namorados Fabio e Rafael, pelo amor, pela compreensão nas ausências, pelo companheirismo e pelo incentivo.

Aos nossos entrevistados, que foram extremamente gentis e disponíveis, nos fornecendo um pouco de seu tempo em prol da efetivação desse trabalho. Sem eles, isso não seria possível! Agradecemos pela confiança ao nos revelar detalhes de suas vidas.

E por fim, agradecemos à Escola de Serviço Social da UFRJ, pela excelente formação proporcionada, e ao HUCFF por ter sido um campo de estágio que enriqueceu nossa formação.

## EPÍGRAFE

*Todo o interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas  
uma outra expressão do nosso interesse na vida.  
(Thomas Mann, A montanha Mágica)*

## **RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o sofrimento e, conseqüentemente, os rebatimentos na vida pessoal dos profissionais da Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho que lidam intimamente com o adoecer e a morte iminente dos pacientes.

Tais pacientes enfrentam longos períodos de internação e tratamentos muito agressivos ao corpo, chegando muitas vezes ao óbito, portanto, objetivamos saber se esses fatores são percussores de sofrimento na equipe de saúde da referida unidade e quais as implicações que este sofrimento pode trazer.

Como metodologia para tal análise, realizamos entrevistas com 10 profissionais da referida unidade, membros da equipe de enfermagem, medicina e serviço social.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO .....</b>	<b>10</b>
1.1. Histórico da Política de Saúde no Brasil .....	10
1.2. Política Nacional de Transplantes brasileira .....	15
1.3. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho .....	19
1.4. A Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea .....	22
<b>2. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO E A MORTE IMINENTE DOS PACIENTES .....</b>	<b>26</b>
2.1. A Instituição Hospitalar .....	26
2.1.1. A relação médico / paciente .....	29
2.2. A Morte e o Morrer .....	33
2.2.1. Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas .....	35
<b>3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO DA EQUIPE DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA CLÍNICA E TMO .....</b>	<b>39</b>
3.1. Metodologia do trabalho de campo .....	39
3.1.1. Representações sociais .....	40
3.1.2. As representações sociais de saúde / doença .....	42
3.2. Sofrimento .....	44
3.3. Análise do material empírico .....	50
3.3.1. Caracterização das variáveis pessoais .....	50
3.3.2. Variáveis profissionais .....	53
3.4. Relações institucionais .....	57
3.4.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e os rebatimentos na prática profissionais.....	57
3.4.2. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e a Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea na percepção dos profissionais .....	60
3.4.3. Relação entre profissionais.....	63

3.4.4. Relação entre profissionais e pacientes .....	65
<b>3.5. Relação com a morte .....</b>	<b>69</b>
<b>3.6 Relação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas .....</b>	<b>73</b>
<b>3.7. Implicações do trabalho na vida pessoal .....</b>	<b>77</b>
 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	 <b>82</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	 <b>85</b>
 <b>REFERÊNCIAS HEMEROGRÁFICAS .....</b>	 <b>88</b>
 <b>ANEXOS .....</b>	 <b>89</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABRALE – Associação Brasileira de Leucemia

HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

INCA – Instituto Nacional do Câncer

REDOME - Registro de Doadores de Medula Óssea

SUS – Sistema Único de Saúde

TMO – Transplante de Medula Óssea

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UTMO – Unidade de Transplante de Medula Óssea



## INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) é um dos quatro hospitais que realiza transplantes de medula óssea no Estado do Rio de Janeiro e nos últimos quatro anos tem respondido por mais de 30% destes transplantes. Segundo dados da Central de Transplantes da Secretaria de Estado de Saúde foram realizados, no Rio de Janeiro, do ano de 1997 até o ano de 2006 (em 2006 a contagem vai até 31 de agosto), 1076 transplantes de medula óssea, 3º lugar na lista de transplantes mais realizados. Sendo que no ano de 2006, até o dia 31 de agosto, foi o mais realizado, responde a 25% dos transplantes. Além disso, segundo o Relatório de Incidências de Câncer no Brasil - Estimativa 2006 produzido pelo INCA, as leucemias são o 9º tipo de câncer de maior incidência em nosso país. Somente na cidade do Rio de Janeiro, deveremos ter 500 novos casos no ano de 2006.

Diante desse cenário, a idéia para o presente trabalho partiu da experiência de estágio vivenciada na Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF, no período de agosto de 2005 a julho de 2006, onde sentimos muita dificuldade em lidar com o alto índice de óbitos, a agressividade do tratamento e o processo de adoecimento dos pacientes. De fato, sofremos, ficamos angustiadas, e muitas vezes tristes com o óbito de algum deles. Portanto, resolvemos pesquisar se esses sentimentos eram comuns a todos os profissionais da unidade para que sirva de subsídio para a temática do sofrimento no ambiente de trabalho em saúde, proporcionando projetos para a saúde dos trabalhadores.

Para tanto, foram realizadas entrevistas com os profissionais da referida unidade de saúde, a fim de apreender se eles sofrem e quais são as implicações deste sofrimento na vida pessoal de cada um.

Consideramos nosso trabalho importante para o Serviço Social por se tratar da área de Saúde do Trabalhador, onde a inserção do assistente social é de extrema importância por se tratar de um profissional capacitado para formular políticas de promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

O trabalho está dividido em três capítulos: no primeiro fazemos um breve histórico e apresentamos um panorama atual da política pública de saúde no Brasil, e nela contida a da Política Nacional de Transplantes brasileira. Nesse contexto, consideramos oportuno explicitarmos a estrutura do HUCFF e da Unidade de

Hematologia Clínica e Transplantes de Medula Óssea como unidades que materializam essas políticas públicas.

No segundo capítulo, falamos um pouco do histórico da instituição hospitalar e como o hospital tornou-se um local de cura com base nos estudos de Foucault (1998) e tratamos da relação médico / paciente, utilizando como referência bibliográfica Boltanski (1989); tratamos a respeito de morte e pacientes fora de possibilidades terapêuticas utilizando formulações de Elizabeth Kübler Ross (1991) e Rachel Menezes (2004); e por fim, no capítulo três, mostramos os resultados do trabalho de campo que teve como principal instrumento para coleta de dados a realização de entrevista. Explicitamos qual a metodologia utilizada e tratamos do conceito de sofrimento, utilizando Valla (2004), Dejours (1992) e Codo (1994). Apesar de optarmos por esses autores, sabemos que o campo da Saúde do Trabalhador, possui fonte bibliográfica extensa e com excelentes autores, que podem ser utilizados em futuras pesquisas.

# **1. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO**

## **1.1. Histórico da Política de Saúde Brasil**

A princípio, faremos um breve resgate histórico da política pública de saúde no Brasil, para que possamos tratar da política de transplante, revisitando este debate no HUCFF na atual conjuntura.

No período de 1930 a 1964, a política pública de saúde de nosso país era dividida em duas áreas: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública era responsável por dar condições sanitárias mínimas para a população urbana e, de forma restrita, a população rural. Na década de 1930, houve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ficavam responsáveis por atender algumas categorias de trabalhadores assalariados, basicamente, com ações médico-curativas (Bravo, 2000).

O direito a saúde neste período só se aplicava àqueles que possuíam um contrato de trabalho formalizado. É o que Wanderley Guilherme dos Santos chama de “cidadania regulada<sup>1</sup>”.

Com a instauração da Ditadura Militar, em 1964, a Política de Saúde, assim como a Educação, passam a desenvolver suas ações privilegiando os serviços privados. A ênfase na prática clínica, através de ações centradas na assistência médica curativa, individual, em detrimento das ações preventivas e coletivas, passa a fazer parte da Previdência Social, que foi unificada em 1966, e da Saúde Pública (Bravo, 2000).

A política nacional de saúde deste período enfrentou uma forte tensão entre a ampliação dos serviços e disponibilidade dos recursos financeiros, em um contexto em que, gradativamente, aprofundam-se os conflitos entre os interesses do Estado e das empresas privadas de serviços médicos e a emergência do movimento sanitário (Bravo, 2000).

Este movimento surge na segunda metade da década de 1970, em defesa da democratização da saúde no Brasil e questionava o paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições de saúde. O Movimento pela Reforma

---

<sup>1</sup> Ver Wanderley Guilherme dos Santos, *Cidadania e Justiça* (Rio de Janeiro, Campus, 1979, p. 75)

Sanitária, como ficou conhecido, possuía três tipos de ações que o caracterizavam: a prática teórica, a prática ideológica e a prática política. O movimento contava com a participação de funcionários e usuários dos serviços de saúde, políticos e movimentos sociais (Paim, 1997).

No bojo do movimento ocorre, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual é definido o conceito de saúde como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida - biológica, social, econômica e cultural -, particularmente, e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza através do trabalho.

O conceito mencionado foi contemplado na formulação da Constituição de 1988, quando ficou instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), e os princípios fundamentais e diretrizes da política de saúde: universalidade de acesso, a saúde como ação intersetorial, que prevê articulação com outras políticas sociais, descentralização da administração dos serviços, hierarquização dos serviços, equidade no atendimento ao usuário, regionalização e integralidade. Além disso, a saúde passou a ser dever do Estado e direito dos cidadãos.

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

*Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.*

*Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III - participação da comunidade (CF 1988, Título VIII, Capítulo II,*

*Seção II).*

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular atende em grande parte as reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária, prejudica em parte os interesses empresariais do setor hospitalar e não propõe alterações significativas a situação da indústria farmacêutica. Os principais pontos aprovados na nova Constituição foram: o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; as ações e serviços de Saúde passaram a ser considerado

de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, sendo vedada à destinação de recursos públicos para a subvenção às instituições com fins lucrativos; proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Mas, após todos esses avanços no campo político e normativo, a política de saúde brasileira, na década de 1990, passou a refletir o avanço do projeto neoliberal.

A proposta neoliberal é cortar os gastos públicos com as políticas sociais, o que vêm provocando, na América Latina, o desmonte dos mecanismos de proteção social. As reformas propostas levaram a privatização dos sistemas previdenciários e/ou seguridade social, fazendo com que os cidadãos que não podem pagar pelos serviços acabem excluídos (Soares, 2000).

*A substituição do gasto público social, como base de uma Seguridade Social universal, por formas de financiamento baseadas em fundos especiais com recursos externos, que mantém de forma precária programas sociais focalizados e emergenciais, tem provocado na América Latina o agravamento da exclusão de vastos setores sociais que não têm como pagar pelos serviços. (idem:72).*

Soares (2000) afirma que, a partir dos anos 1990, produz-se na América Latina o que a autora chama de “Estado de Mal-Estar”, pois ocorre o desmonte do já precário Estado de Bem-Estar que existia em alguns países, acarretando na redução qualitativa e quantitativa dos serviços e benefícios sociais.

Nesse contexto, as políticas sociais não possuem mais caráter universal e nem são vistas como direitos, passam a ser focalizadas e voltadas para aqueles com "menor capacidade de pressão" (ibidem).

Segundo Soares (2000) são encontrados traços em comum na implantação do neoliberalismo nos países da América Latina. Um desses traços é o corte no financiamento e no gasto do setor social, que atinge de forma acentuada os serviços sociais periféricos que atendem as classes mais populares. A diminuição das verbas para custeio resulta em falta crônica de insumos básicos, notado, principalmente, nas escolas e unidades de saúde, e redução brutal nos salários dos profissionais que atuam nesses setores.

O gasto em saúde na região da América Latina e Caribe é extremamente heterogêneo. A média de gastos para a década de 1990 ficou em torno de U\$S498 *per capita* com enormes variações entre os países. Nos anos 1980 a média diminuiu em relação à alcançada nas décadas anteriores e nos anos 1990 se verifica um ligeiro aumento na primeira metade da década e uma diminuição na segunda metade (Almeida, 2005).

Almeida (2005) afirma que a composição, segundo os setores público e privado, do gasto com saúde, mostra que entre 1980 e 1999 o gasto do setor privado foi predominante (57%) em toda a América Latina.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, se constatou que os sistemas públicos da região não conseguiram superar os problemas de eficiência, cobertura e qualidade.

Os processos de mudança na área da Saúde da América Latina estão sendo influenciados por vários fenômenos simultâneos, tanto internos quanto externos, tais como as transformações da economia mundial e suas turbulências concomitantes, as opções internas frente à globalização, as crises fiscais do Estado e a diminuição dos investimentos públicos, o aumento das desigualdades entre os grupos sociais, a democratização política do continente, o urgente resgate da dívida social acumulada, e o ineficiente e de baixa efetividade das ações no setor da Saúde (Almeida, 2005).

Com a implantação do projeto neoliberal em vigor na década de 90, a proposta de Política de Saúde construída nos anos 80 tem sido desmontada. A Saúde fica vinculada ao mercado, dando vez às parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma a assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, visando diminuir custos (Bravo 2000).

Nesse contexto de transformações e crises causadas pelo neoliberalismo e vividas pelo Brasil e os outros países da América Latina, segundo Bravo (1999), dois projetos de política de saúde são postos em conflito. De um lado está o projeto da Reforma Sanitária, o qual já foi explicitado anteriormente. E de outro, o projeto de saúde articulado ao mercado, que está pautado na Política de Ajuste e visa o corte de gastos estatais e descentralização com isenção de responsabilidades do governo federal. A função do Estado nesse projeto é de garantir o mínimo necessário à

população que não pode pagar pelos serviços e o mercado se encarrega dos que podem pagar.

As políticas de saúde que são pautadas no segundo projeto possuem caráter focalizado, as privatizações são ampliadas, se estimula a aquisição do seguro privado e ocorre a descentralização dos serviços no nível local (Costa, 1996).

Levando em consideração os antagonismos entre os dois projetos, a política nacional de saúde enfrenta contradições tais como justiça social x escassez de recursos; melhora nos serviços de saúde x diminuição da equidade, melhora nos serviços de saúde x perda da integralidade e diminuição do acesso à saúde (Almeida, 2000).

Soares (2000) destaca um aspecto que é pouco analisado e que seria fruto de evidências empíricas que ainda não foram sistematizadas: o setor público possui mais qualidade em seus serviços sociais que o setor privado. Principalmente na área de saúde, pois é o Estado quem mantém os gastos dos serviços de custo mais elevado, relativos às doenças de maior risco e complexidade.

Até porque grande parte dos cidadãos possui condições financeiras para adquirirem no mercado os serviços de saúde de baixa e média complexidade. Porém, procedimentos de alta complexidade são de alto custo financeiro, não sendo possível que sejam de caráter privado e as seguradoras de saúde não possuem interesse em oferecê-los.

O transplante de medula óssea e os tratamentos quimioterápicos que são oferecidos na Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF só ocorrem em outras três unidades de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro. E com base nas entrevistas sociais feitas pelo Serviço Social com os pacientes<sup>2</sup> no momento da internação, notamos que alguns deles não fazem uso de outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como Atenção Primária ou atendimento de emergência, pois possuem condições financeiras para adquiri-los no mercado. Porém, os tratamentos de saúde a que se submetem no HUCFF são de alto valor, e essas pessoas não podem pagar ou seus planos de saúde privados não cobrem esse tipo de tratamento, sendo assim, recorrem ao atendimento em um hospital público.

---

<sup>2</sup> Utilizamos o termo “paciente” por ser o vocabulário usual de nossos entrevistados. Porém temos conhecimento de que na literatura recente do Serviço Social, usa-se a categoria teórica “usuário”.

Para exemplificar, podemos citar os custos dos transplantes segundo a tabela de repasses do Ministério da Saúde. O transplante autólogo possui custo em torno de R\$15.000, o transplante alogênico entre parentes é por volta de R\$58.000 e o transplante alogênico não aparentado é aproximadamente R\$80.000. Além disso, também há o custo dos medicamentos de forma geral e do tratamento quimioterápico, que depende de cada paciente, pois são usados diferentes tipos para cada caso, em geral são de custo muito elevado, a maioria ultrapassando R\$1.000 a dose.

Já na Atenção Primária as dificuldades são outras. A junção do corte orçamentário aos processos de descentralização, delegando a responsabilidade de execução, sem os recursos financeiros necessários, das políticas sociais aos municípios resulta em problemas na distribuição e oferta dos serviços (Soares, 2002). Como são os municípios os responsáveis pela implantação e execução da Atenção Primária em saúde, esse serviço é precário nos que não possuem condições orçamentárias de implantá-los com qualidade.

Segundo Bravo (2000), algumas questões estão impedindo o avanço do SUS:

*O desrespeito ao princípio de equidade na alocação dos recursos públicos pela não-unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A atual proposta de Reforma do Estado para o setor saúde insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (Bravo, 2000).*

## **1.2. Política Nacional de Transplante brasileira**

Em 1964, iniciou-se no Rio de Janeiro a atividade de transplante de órgãos e tecidos e, posteriormente, em 1965, na cidade de São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país. Em 1968, foi realizado o primeiro transplante cardíaco na cidade de São Paulo (Bello e Novais, 2005).

Os estudos iniciais sobre o transplante de medula óssea <sup>3</sup> foram realizados pelo Dr. Ricardo Pasquini e seu grupo do Paraná. Este grupo foi o pioneiro no Brasil e em 1979, juntamente com o Dr. Eurípides Ferreira, realizou o primeiro transplante no Brasil (<http://www.tmobr.com.br/hist.htm>, acessado em 03 de outubro de 2006).

---

<sup>3</sup> No item 1.4 explicaremos detalhadamente os tipos de transplantes e suas etapas.



Segundo dados do mesmo site, em 1987, Odone e cols realizaram o primeiro transplante autólogo de medula óssea em criança portadora de tumor sólido no Hospital Sírio-Libanês. Neste mesmo ano, o Doutor Drauzio Varella também realizou um transplante de medula óssea. No total foram realizados cinco transplantes. Porém, esse número não foi considerado satisfatório acarretando na desativação do grupo.

No ano de 1993, Dr. Frederico Dulley e Dr. Celso Massumoto realizam o primeiro transplante alogênico de medula óssea no Hospital Sírio-Libanês. A equipe da Unidade Semi-Intensiva com o apoio das enfermeiras da oncologia, que já estavam em treinamento para a formação de um novo grupo ficou responsável pelos cuidados aos pacientes (<http://www.tmobr.com.br/hist.htm>, acessado em 03 de outubro de 2006).

Em 1994, foi inaugurada no hospital Sírio Libanês, a Unidade de Transplante de Medula Óssea, com 5 quartos e com um grupo de enfermagem específico já treinado. Em 1996, Doutor Dulley e Doutor Massumoto realizaram o primeiro transplante alogênico de medula óssea ambulatorial no Brasil, no ambulatório de quimioterapia também do Hospital Sírio e Libanês, e, segundo se relata, o primeiro da América Latina (idem).

Em 4 de fevereiro de 1997, foi criada a Lei nº 9.434 (a chamada Lei dos Transplantes), que objetivava dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e também foi criado no mesmo ano o Decreto nº 2.268, de 30 de Junho, que a regulamentou, na tentativa de minimizar as distorções na destinação dos órgãos (Bello e Novais, 2005).

No mesmo ano, foi implementado o Sistema Nacional de Transplante (SNT) que tem como prioridade evidenciar todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à assistência de qualidade ao cidadão brasileiro - no âmbito do Ministério da Saúde, tendo como atribuição desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes (idem).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde buscou medidas de organização do SNT, implantando as Listas Únicas de Receptores, criando as Centrais Estaduais de Transplante, normatizando de forma complementar a atividade, cadastrando e autorizando serviços e equipes especializadas, estabelecendo critérios de

financiamento, impulsionando a realização dos procedimentos e, ainda, adotando uma série de medidas necessárias ao pleno funcionamento do Sistema (ibidem).

A política nacional de transplante de órgãos e tecidos se fundamenta nas leis nº9.434/97 e 10.211/01, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos, ou seja, pretende trazer benefícios aos receptores de forma que o doador não seja prejudicado.

Em seu artigo 2, a lei Nº 9.434/97 prevê que,

*A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde. Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação (...)* (<http://www.ufrgs.br/bioetica/lei9434.htm> acessado em 26 de agosto de 2006).

Estabelece também garantias e direitos aos usuários que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e re-autorizações de funcionamento de equipes e instituições.

Segundo Bello e Novais (2005), o Brasil possui um grande programa público de transplante de órgãos e tecidos, possuindo 540 estabelecimentos de saúde e 1.338 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizar transplante. Quanto ao transplante de medula óssea, onze estados brasileiros o realizam. Devido a crescente demanda de pacientes que não possuem doadores aparentados, fez-se necessário a criação de um Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME), instalado no Instituto Nacional do Câncer (INCA), que reúne informações, tais como, nome, endereço, resultado de exames, características genéticas de voluntários doadores de medula óssea.

Segundo as mesmas autoras, em 2001, é estabelecida uma parceria com a Rede Globo, por meio de uma campanha para cadastramento de doadores voluntários de medula óssea, que superou as expectativas de duplicar o número de registro, contando hoje com 150.000 doadores.

Mesmo ocorrendo este aumento no número de doadores, muitos pacientes não conseguem encontrar voluntários compatíveis, tendo que recorrer aos bancos de

medula internacionais, que até o início de 1999 não eram financiados pelo SUS, só passando a ser inserido na tabela em outubro do mesmo ano (Bello e Novais, 2005).

O SUS hoje financia todo o procedimento, que inclui o custeio de ações destinadas a procurar um doador compatível em bancos internacionais, realizar os exames necessários, coletar a medula, processá-la e transportar o material do país que foi coletada até o Centro Transplantador no Brasil. Desde então, já foram buscados materiais doados no exterior para 337 pacientes, tendo sido trazidos para o Brasil 48 medulas ou sangue de cordão umbilical. O custo médio total deste procedimento é de R\$ 54 mil, sendo R\$ 39 mil referentes apenas ao processo de busca e transporte (idem).

Em dezembro de 2001, o REDOME obteve aprovação para o estabelecimento de parceria com o Banco de Medula Óssea Norte-Americano (NMDP) (ibidem).

Os órgãos credenciados pelo SUS para a realização de TMO no Rio de Janeiro são:

1. Fundação Pró-Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro – HEMORIO;
2. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ;
3. Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ;
4. INCA- Instituto Nacional do Câncer.

Para que possamos entender como é estruturada a Política Nacional de Transplantes e avaliar a importância do atendimento prestado na Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea, apresentaremos algumas estimativas de casos de leucemias no Brasil no ano de 2006. Porém, não são somente os casos de leucemias que possuem indicação de transplante e são atendidos na referida unidade, também há os linfomas, o mieloma múltiplo e outras patologias hematológicas.

Segundo dados do Relatório de Incidências de Câncer no Brasil - Estimativa 2006 produzido pelo INCA, estima-se que deve ocorrer no Brasil, durante o ano de 2006, 472.050 novos casos de câncer, sendo que 9.550 (2,02%) seriam casos de leucemias. Na divisão por sexo, teríamos 5.330 casos em homens e 4.220 em mulheres. A leucemia ocupa o 9º lugar no caso de incidências de câncer em nosso país.

Sendo que na cidade do Rio de Janeiro, as estimativas indicam que ocorrerão 500 novos casos. Só perde para a cidade de São Paulo com 840 novos casos.

Deve-se levar em conta, que essas cidades são as que possuem maior número de habitantes.

Segundo dados da Central de Transplantes da Secretaria de Estado de Saúde foram realizados, no Rio de Janeiro, do ano de 1997 até o ano de 2006 (em 2006 a contagem vai até 31 de agosto), 1076 transplantes de medula óssea, número inferior somente aos transplantes de rim com doador vivo (1417 transplantes) e córneas (1408 transplantes). No ano de 2006 (novamente, a contagem vai até o dia 31 de agosto), o transplante de medula óssea é o com maior número de realizações nos hospitais do Rio de Janeiro, com 93 casos, correspondendo a 25,34% do total de transplantes.

Cabe então verificar a participação do HUCFF nesses números. Infelizmente não possuímos os dados de 2006, mas vamos fazer um retrospecto dos anos de 2002, 2003, 2004 e 2005.

	2002	2003	2004	2005
<b>Total do RJ</b>	145	134	139	150
<b>HUCFF</b>	45 (31%)	50 (38%)	53 (38%)	54 (36%)

Notamos que o número de transplantes no HUCFF corresponde há aproximadamente um terço dos transplantes realizados em nosso Estado.

### 1.3. Traços da história do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

O HUCFF foi inaugurado em 1º de março de 1978, sob o governo do Presidente Ernesto Geisel, apesar da obra ter sido iniciada em 1950. A obra se arrastou por anos devido a problemas de verba, chegando, em alguns momentos, a paralisar totalmente.

No momento de sua inauguração o HUCFF fazia atendimento de nível terciário e quaternário e possuía uma rede de ambulatorios que atuaria na atenção primária a população da Ilha do Governador e arredores.

*O Hospital passou atuar como órgão mais diferenciado, em níveis terciário e quaternário, assegurando serviços de alta qualidade, equiparáveis ou melhores que o da rede privada. Ao mesmo tempo, através da vasta rede de ambulatorios deveria prestar cuidados primários a população da Ilha do Governador e adjacências. Sendo assim uma miniatura do Sistema de Saúde, visando a excelência.*  
(<http://www.hucff.ufrj.br/conheca/historico.htm>, acessado em 26 de agosto de 2006)

Segundo dados do site da instituição, atuam no hospital cerca de 3.513 funcionários além de residentes de medicina e estudantes de alguns cursos de graduação oferecidos pela UFRJ. O hospital possui 575 leitos distribuídos em seus 110 mil metros quadrados.

O financiamento vem do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura (MEC), embora recebam financiamentos atualmente da parceria público/privado, como seguros de saúde, ONG's e fundações. Como mencionado anteriormente, o financiamento externo é uma das estratégias do projeto neoliberal, para diminuir a atuação do Estado no financiamento e gestão dos serviços sociais.

Além do atendimento aos usuários do SUS, o hospital atende clientes de diversos seguros privados de saúde, segundo informações do site do próprio hospital (<http://www.hucff.ufrj.br/conheca/convenios.htm> acessado em 16 de setembro de 2006). Porém, não cabe em nosso trabalho aprofundar essa temática.

Os principais objetivos do hospital são:

1. Atuar como hospital de nível terciário, inserido no sistema de referência e contra-referência do SUS e do Sistema Suplementar.
2. Operar de forma articulada, atendendo as demandas técnico-científicas das unidades de saúde do SUS e do Sistema Suplementar.
3. Servir de campo de treinamento para o ensino de graduação das profissões de saúde no que se refere à assistência de média e alta complexidade.
4. Propiciar a realização de cursos de pós-graduação e de especialização das unidades docentes, enfatizando os programas de residência médica e residência interdisciplinar, atividades educacionais de responsabilidade do HUCFF.
5. Treinar pessoal de nível médio e auxiliar com vistas ao aprimoramento da qualidade dos próprios serviços e do Sistema de Saúde e à manutenção de bons padrões de rotina de atendimento.
6. Propiciar um ambiente de estímulo à pesquisa, dando ênfase à integração nos diversos setores de ciências da saúde.
7. Propiciar um ambiente de estímulo à pesquisa, dando ênfase à integração nos diversos setores de ciências da saúde.
8. Contribuir para a formação da equipe de saúde graças ao trabalho conjunto e à co-participação nas responsabilidades, dentro do respeito às normas do exercício profissional.

A partir de 1980, são inseridos os programas no HUCFF, os primeiros a serem implementados foram: ostomizados, mastectomizadas, e planejamento familiar e, logo depois, vieram outros, tais como, AIDS, hanseníase, idoso, climatério, lupus e transplantes hepático, renal, pulmão, coração, medula óssea, entre outros.

O HUCFF, uma instituição federal que conta com o SUS como seu grande financiador, sofre as consequências da política neoliberal. Verificamos, com base na vivência de estágio, que o hospital sofre com a falta de leitos, medicamentos e insumos básicos.

Os cortes no orçamento possuem como consequência a queda na qualidade dos serviços prestados a população. Essa questão é bem presente no cotidiano do HUCFF. Em um ano de período de estágio, presenciamos diversas vezes o adiamento ou cancelamento de procedimentos por falta de insumos básicos (tais como álcool, algodão, seringas) ou medicamentos, fazendo com que o estado de alguns pacientes se agrave e angustiando a equipe multiprofissional por não poder exercer suas funções.

Tal quadro interfere também na ação dos profissionais, principalmente na ação dos assistentes sociais, que são prejudicadas no exercício de suas funções de forma qualitativa, igualitária e universal, já que não possuem recursos suficientes para atender a toda demanda que surge no hospital. Além disso, usuários que possuem problemas que poderiam e deveriam ser resolvidos na atenção primária, mas por não conseguirem atendimento por problemas diversos desse serviço vão recorrer ao hospital, saturando o Setor de Triage que é a “porta de entrada” da instituição. Porém, devido a uma reformulação na rede de saúde, o HUCFF só atende pacientes encaminhados de outras unidades de saúde pela Central de Marcação de Consultas, não atendendo mais a demanda espontânea. Ou seja, os problemas no atendimento de nível primário da política de saúde acabavam refletindo na demanda que é colocada para o HUCFF.

Porém, é importante resgatar as formulações de Soares (2000) que afirma que é o Estado quem mantém os serviços de saúde de alta complexidade e de custo elevado. Além disso, esses serviços possuem qualidade superior aos serviços oferecidos pela iniciativa privada, apesar da carência de recursos.

Trataremos um pouco mais a respeito da instituição no capítulo seguinte, com base nas entrevistas feitas com os profissionais.

#### 1.4. Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea

Segundo Bello e Novais (2005), o primeiro transplante de medula óssea realizado pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho ocorreu em 1994. Nesse período os pacientes transplantados dividiam espaço físico com o setor privado do hospital no 10º andar - ala F, onde eram disponibilizados 2 dos 10 apartamentos privados, que tinham por finalidade internações clínicas e cirúrgicas do sistema suplementar. Em 1996, o setor 10F passou a ser unicamente Unidade de TMO, com 5 leitos: 4 de internação e 1 para coleta por aférese.

Em 1998, foi implementada uma unidade ambulatorial para acompanhamento dos pacientes que era formada por um consultório multidisciplinar, um hospital-dia (Day Clinic) e a Unidade de Transplante de Medula Óssea passa a ter sua própria equipe multiprofissional composta, atualmente por 13 médicos, 7 residentes de medicina, 10 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 20 auxiliares de enfermagem, uma assistente social e duas estagiárias de Serviço Social.

Em 1999, a unidade também passou a realizar transplantes de medula óssea alogênicos, pois, de 1994 a 1999 só eram feitos os transplantes autólogos.

Em 2000, é destinada a área do 8º andar na ala F, para a construção da nova Unidade de Hematologia Clínica e TMO com verbas do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que foi inaugurada em 2002, e conta hoje com uma infra-estrutura dividida pelos seguintes setores:

**Unidade Clínica:** é a unidade responsável pela internação dos usuários candidatos ao transplante e também para o tratamento de complicações relacionadas ao procedimento e possui oito leitos.

**Hospital-dia:** destina-se ao atendimento de usuários admitidos com indicação de transplante, realizando também o acompanhamento dos usuários pós-transplante. Tendo 6 poltronas e um leito para atendimento e dois consultórios médicos.

**Unidade de aférese:** é a unidade responsável pela coleta de células-tronco hematopoéticas do sangue periférico para a realização de transplantes autólogos e alogênicos. Conta com dois leitos e equipamentos de aférese.

**Unidade Laboratorial:** Nesta unidade são realizados os procedimentos de processamento das células-tronco hematopoéticas.

Além disso, a unidade desenvolve duas principais linhas de pesquisa na área da biomedicina relacionadas ao programa de transplante, uma voltada para o estudo e o tratamento do mieloma múltiplo e a outra que estuda as complicações relacionadas ao transplante, particularmente as de origem infecciosa.

A unidade intenciona prestar um atendimento multiprofissional, não focado somente no aspecto biológico. Seguindo essa perspectiva é realizada, mensalmente, uma reunião de grupo para os pacientes e seus familiares visando o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências e impressões a respeito do tratamento. Tal grupo é liderado pela assistente social da unidade, e conta com a participação de outros profissionais da unidade.

Além do grupo, os pacientes que se submetem ao transplante de medula óssea também contam com uma cartilha de orientações que lhes é dada pela equipe no momento de seu atendimento e também está disponível no site do HUCFF. A cartilha foi construída em conjunto por 3 enfermeiras, uma médica e a assistente social da unidade ouvindo as demandas dos usuários e as sistematizando.

Para efeitos de esclarecimentos, cabe explicar o que é o transplante de medula óssea. Segundo o site da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), o transplante de medula óssea é uma modalidade terapêutica utilizada no tratamento de algumas das doenças onco-hematológicas. O fundamento lógico para o transplante de células-tronco está baseado no fato de que todas as células maduras que circulam no sangue, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas, provêm de uma única célula, contida na medula óssea, denominada célula-tronco ou “stem cell”.

A realização do transplante consiste na retirada de células-tronco hematopoéticas da medula óssea (localizada no osso da bacia), por meio de múltiplas aspirações feitas com agulhas especiais para esse procedimento. Ou pela retirada das células-tronco periféricas estimuladas, que vão circular na corrente sanguínea e podem ser colhidas por uma máquina denominada aférese.

A indicação para transplante depende do tipo de patologia, do estágio da doença e da idade do paciente e, principalmente, o paciente deverá estar em remissão (isto é, com doença controlada). Por essa razão, não são todos os pacientes portadores de cânceres hematológicos que têm indicação para realização de transplante. Porém, podemos citar algumas patologias que possuem indicação de transplante: leucemia mielóide aguda, leucemia mielóide crônica, leucemia linfóide aguda (câncer



de maior ocorrência em crianças, particularmente de 3 a 5 anos), leucemia linfóide crônica, linfomas, mieloma múltiplo.

O transplante consiste nas seguintes etapas:

- **Reduzir o câncer no organismo:** o paciente receberá quimioterapia e se necessário radioterapia. O ideal é que o paciente não tenha vestígio da doença no organismo.
- **Indicação para o TMO:** o paciente é submetido a vários exames e avaliações até ser liberado para realizar o transplante.
- **Coletar as células mãe:** No transplante autólogo, o tratamento com quimioterapia em altas doses costuma ser feito duas ou três semanas depois da coleta das células-mãe. No transplante alogênico, a medula do doador é retirada no máximo 24 horas após o paciente ter completado o tratamento com quimioterapia e radioterapia.
- **Coloca-se um cateter venoso na região do tórax.** Que é necessário porque o paciente receberá muita medicação, transfusões e terá que fazer exames freqüentes.
- **O paciente é internado:** nesse momento receberá altas doses de quimioterapia novamente, para que sejam destruídas células cancerígenas que ainda estejam no organismo. Há casos em que a radioterapia também é utilizada para destruir estas células. O paciente pode receber radiação parcial ou no corpo todo, dependendo da avaliação médica. Nessa etapa é comum ocorrerem náuseas, vômitos, diarreia e queda dos cabelos.
- **A infusão das células mãe da medula óssea:** É realizada da mesma forma como uma transfusão de sangue. As células desta "transfusão" entram na corrente sanguínea e acham o caminho dos ossos, na região onde há medula óssea. Em duas a quatro semanas a "fábrica de sangue" volta a produzir hemácias, leucócitos e plaquetas normalmente. Durante esse período o paciente permanece internado e receberá medicamentos que combatem infecções e transfusões.

Após essas etapas os pacientes sofrem com os efeitos colaterais, dentre eles:

- **Infecção:** o número de glóbulos brancos (responsáveis pela defesa do organismo) cai muito depois do tratamento, deixando o organismo muito vulnerável a infecções causadas por bactérias, vírus e fungos;

- **Anemia:** o número de glóbulos vermelhos também cai muito, provocando cansaço; sangramento; falta de apetite; mucosite. Em alguns casos o paciente precisa de transfusões até que a produção de sangue esteja normal.

Há três formas de transplante:

- 1) **Alogênico:** as células-tronco hematopoéticas provêm de um doador previamente selecionado por testes de compatibilidade, normalmente identificado entre os familiares ou em bancos de medula óssea. Os bancos de medula óssea podem ter cadastrados doadores adultos ou bancos de cordão umbilical.
- 2) **Autólogo:** as células-tronco hematopoéticas provêm do próprio paciente.
- 3) **Singênico:** as células-tronco hematopoéticas provêm de gêmeos idênticos (univitelinos).

No HUCFF só são realizados 2 tipos de transplantes: autólogos e alogênicos entre parentes, geralmente irmão ou irmã. O hospital aguarda liberação do Ministério da Saúde, para realizar o transplante alogênico não aparentado, cujas células-tronco são originadas de banco de células, podendo ser nacional ou internacional. Até hoje, não foi feito transplante singênico no referido hospital.

Nos transplantes alogênicos, os pacientes ainda podem enfrentar mais uma complicação: a doença enxerto contra hospedeiro. Ocorre quando a nova medula óssea doada fabrica anticorpos contra o receptor (pessoa que recebeu a medula), e tenta destruí-lo como se fosse uma doença ou material estranho. Pode se manifestar de forma aguda ou crônica.

A forma aguda costuma ocorrer nos primeiros sessenta dias e pode comprometer a pele, fígado ou trato gastrointestinal, já a forma crônica pode surgir até um ano o transplante e comprometer vários órgãos, como olhos ou pulmão.

E até o presente momento a Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF realizou 365 transplantes de medula óssea (287 autólogos e 78 alogênicos).

Com essas considerações, buscamos demonstrar a relevância do HUCFF como unidade de referência para a política pública de saúde de transplante; solo da materialidade da crise e das contradições do SUS; e espaço das práticas contemporâneas da saúde sob aporte de técnicas e insumos de alta tecnologia na área da biomedicina.

## **2. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: O PROCESSO DE ADOECIMENTO E A MORTE IMINENTE DOS PACIENTES**

O objeto da presente pesquisa ao se debruçar sobre o sofrimento experienciado por profissionais da saúde frente a finitude que se anuncia com a doença e as mortes de parte dos pacientes, e apresentando como cenário do campo da pesquisa a Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF/UFRJ, cujos procedimentos biomédicos se realizam em espaço hospitalar, consideramos oportuno historicizar a instituição hospital (Moritz, 2002 e Foucault, 1998); os atravessamentos encontrados na relação médico-paciente (Boltanski, 1989) e a morte (Kübler-Ross, 1991 e Menezes, 2004).

Embora esse capítulo da monografia não delimite com toda extensão o tratamento do material de campo colhido com as entrevistas com dez profissionais (três técnicos de enfermagem, dois médicos, dois residentes de medicina, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um assistente social) na Unidade de Hematologia Clínica e TMO, além dos registros sistematizados em diário de estágio nessa unidade, será recorrente encontrar fragmentos desse material sobre as temáticas ora trabalhadas. Porém, a metodologia da pesquisa para a monografia estará mais bem delimitada no terceiro capítulo, como indicado na introdução.

### **2.1. A Instituição Hospitalar**

Segundo Moritz (2002), a palavra *hospitalis* tem origem latina e significa o que hospeda ou dá agasalho. Atualmente, o hospital é definido em termos médicos, segundo a autora, como uma instituição destinada ao tratamento, cuidado e cura dos enfermos e feridos, para o estudo das doenças e para o treinamento de médicos e enfermeiras. É, geralmente, considerado nos modelos assistenciais curativos o eixo do sistema de atenção à saúde e está, sem dúvida, entre as mais complexas e dinâmicas instituições da nossa sociedade. Desde os tempos Asclepius, na era pré-Socrática até os dias atuais, o hospital sofreu uma enorme evolução.

No início da era Cristã, os doentes ficavam em monastérios – espaços religiosos de reclusão, penitência e conversão. Os primeiros hospitais foram construídos entre os anos 369 e 372 a.C. em Roma. Já em 542 d.C. foram construídos os dois primeiros hospitais da França que se chamavam Hôtel Dieu de Lyon e o Hotel Dieu de Paris. Em 1084, foi inaugurado o primeiro hospital da Inglaterra, o St. John. Nessa época, os hospitais eram vistos como locais de dor e morte para os estamentos sociais mais baixos, e não se constituíam em espaço hegemônico das práticas médicas. E o tratamento às doenças era muito precário (Moritz, 2002).

Focault (1998) afirma que o hospital como instrumento terapêutico é algo relativamente recente, mais precisamente do fim do século XVIII. A idéia de que o hospital pode ser um local de tratamento e cura das doenças aparece claramente em 1780, quando começam a ocorrer visitas e observações sistemáticas e comparadas dos hospitais.

Segundo o autor, o hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte do sistema médico-hospitalar que deve ser alvo de estudos, como são as doenças, o clima, etc. Surge, assim, uma nova visão a respeito do hospital, que deve ser local de cura e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido.

Antes do século XVIII, o hospital não era uma instituição médica e a medicina não era uma prática hospitalar. Portanto, a medicina hospitalar concebida no século XVIII era uma novidade (Focault, 1998).

Nesse período, o hospital era basicamente uma instituição de assistência aos pobres. Era uma instituição de assistência, mas também de exclusão, pois, o pobre era reconhecido como aquele que necessita de assistência, mas como portador de uma doença, poderia contaminar os outros, ser perigoso. Por isso, o hospital deveria ser um ambiente para recolhê-lo e proteger as outras pessoas do perigo que ele oferece. O usuário do hospital, até o século XVIII, não era o doente que necessita de cura, mas o pobre que estava morrendo. O hospital era um local para morrer. E as pessoas que atuavam lá não eram para tratar as doenças, mas sim pessoas caritativas (religiosos ou não), que estavam ali para fazer uma obra de caridade que lhe desse a salvação eterna. Enfim, o hospital cumpria a função de salvação espiritual dos doentes e das pessoas que trabalhavam lá e, também, de separar os indivíduos perigosos para proteger a saúde da população (idem, 1998). O autor afirma que o hospital permanece assim até o início do século XVIII.

Segundo o autor, a medicina do século XVII e XVIII era extremamente individualista. Em sua formação não estava incluída a prática hospitalar, mas sim a transmissão de receitas. As experiências vivenciadas não eram consideradas em sua formação. Em relação à intervenção, o médico utilizava a noção de crise, que é o momento em que, se afrontam no doente, a natureza sadia e o mal que o ataca.

Enfim, a medicina e o hospital permaneceram dissociados até a metade do século XVIII.

Focault (1998) diz que o primeiro fator de transformação do hospital foi a busca para livrá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele causava e dos riscos de contágio das doenças nas pessoas internadas e espalhá-las pela cidade.

O mesmo autor relata que o primeiro alvo da reforma hospitalar foi o hospital marítimo, pois este era, principalmente, lugar de desordem econômica, já que nele se faziam tráfico de mercadorias. As mudanças propostas inicialmente não visavam transformá-lo em espaço de cura, mas sim impedir a desordem econômica e médica.

Além disso, o preço dos homens que compunham as organizações militares passou a ser mais caro. Pois com o surgimento do fuzil, o exército torna-se mais técnico e custoso. Formar um homem que serviria ao exército fica mais caro, portanto, é necessário cuidar de sua saúde. Daí a importância da mudança no hospital militar e marítimo.

Essa reorganização do espaço hospitalar foi feita através do conceito da disciplina, que seria um dispositivo de exercício do poder. A disciplina exerce seu controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento, com vigilância extrema e constante. Além disso, a disciplina implica registro contínuo (Focault, 1998).

A medicina do século XVIII usava como grande modelo de inteligibilidade a botânica. Isto significa que a doença era compreendida como fenômeno natural. As doenças se desenvolviam de acordo com as condições da água, do ar, da alimentação. E é nessa perspectiva que é combatida. A medicina então passa a atuar no que cerca o indivíduo e não mais com a noção de crise (idem, 1998).

Enfim, são a disciplinarização do hospital e a mudança do foco da intervenção médica que constituem a origem do hospital médico. A disciplina hospitalar terá a função de garantir o esquadrinhamento, a vigilância do doente e da doença, além de transformar as condições do meio em que o doente é colocado (ibidem, 1998).

Focault (1998) destaca algumas características importantes do hospital:

- A principal questão relacionada ao hospital no século XVIII é o espaço. É preciso que o espaço onde se localiza o hospital esteja de acordo com o esquadramento sanitário da cidade. A distribuição interna do espaço também é importante.
- O poder no interior do hospital deixa de ser dos religiosos para ser dos médicos. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma e se multiplica no interior hospitalar. Aparece, então, o médico de hospital. Até o século XVIII, os grandes médicos não freqüentavam os hospitais, fazia somente consultas privadas e seu prestígio era fruto da quantidade de curas espetaculares que fazia. Os médicos que faziam visitas hospitalares eram, geralmente, os piores. O poder dos médicos no meio hospitalar se expressa no ritual da visita, quando o médico, na frente, vai ao leito de cada um dos doentes seguido de toda a hierarquia do hospital (assistentes, alunos, enfermeiras, etc.). A codificação desse ritual da visita é expresso em regulamentos de hospitais do século XVIII, quando diz onde cada um deve estar colocado, que a entrada do médico deve ser anunciada por uma sineta, que a enfermeira deve ficar na porta com uma caderneta e acompanhar o médico quando ele entrar, etc.
- A organização de um sistema de registros permanentes do que acontece. Assim, constitui-se um campo documental no interior da instituição hospitalar, que, além de ser espaço da cura, é também espaço de registro e formação de saber.

### 2.1.1 A relação médico / paciente

Com as mudanças na instituição hospitalar explicitadas no item anterior, o médico passa de visitante eventual a personagem principal. Sua presença passa a ser freqüente e majoritária no hospital, sendo assim, o hospital passa a configurar-se como espaço hegemônico do médico e da medicina. Isto pode ser explicado pelos hospitais terem se tornado locais de cura.

Bonet (1999) aponta como consequência da instauração do poder médico, o hospital não só passa a ser um lugar de cura, como também de registro, acúmulo e formação de saber. Em 1780/1790, afirma-se que é essencial para a formação médica a passagem pelo hospital. A clínica aparece com dimensão essencial do hospital, como local de formação e difusão de saber.

Por ser o médico o personagem mais valorizado e em maior número dentro dos hospitais, cabe falarmos um pouco da relação médico / paciente. No HUCFF, por exemplo, contamos com 445 médicos no universo de 2435 profissionais, ou seja, 18% do quantitativo. Número inferior somente ao da equipe de enfermagem com 1161 profissionais, mas nesse caso, é importante considerar que a equipe é formada por três tipos de profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, os quais, historicamente, são responsabilizados pelos cuidados diários, contínuos e sob a orientação médica. Por se tratar de um hospital universitário também cabe falar dos profissionais em formação, são 1266 de medicina (incluindo residentes, alunos da graduação, mestrado, doutorado, especialização e aperfeiçoamento) e somente 92 de outras categorias profissionais (<http://www.hucff.ufrj.br/conheca/profissionais.htm>, acessado em 28 de setembro de 2006).

Ao longo dos séculos XIX, em meio ao desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo e de uma racionalidade instrumental, o poder e o saber médico se fortaleceram, enquanto um dispositivo disciplinar sobre a sociedade e sobre os outros profissionais da saúde, estabelecendo sua hegemonia, seu mando e sua autoridade.

Diante dessa hegemonia, Boltanski (1989) afirma que a relação médico/paciente é orientada pela relação de classes sociais, ou melhor, o comportamento do paciente das classes populares é diferente do paciente das classes superiores e o médico também muda a maneira de sua intervenção.

O autor afirma que os membros das classes populares fazem transparecer na relação com o médico o modo como encaram a doença como universo estranho. Sendo assim, o médico passa a ser o único representante da ciência legítima, e por isso surge uma submissão incondicional a ele. A seguir, podemos notar isso em trecho de algumas entrevistas com médicos da Unidade de Hematologia Clínica e TMO:

*(...) acaba criando uma expectativa muito grande em cima da gente. O paciente por estar fragilizado, em uma condição emocional ruim, uma doença grave, longas internações, eles passam muito, até por falta de estrutura familiar, a ter o convívio com você de pai e filho. Às vezes eles esquecem que eu não sou mãe deles. Eu sou a médica, estou disponível, mas eu não posso pagar as contas dele, eu não posso resolver problema do remédio dele. Então isso, às vezes, te traz um cansaço. E têm pacientes, acho que até os mais simples, que te adotam completamente. Transferem completamente a responsabilidade de tudo que a gente vai fazer para a gente. Como se eles não fizessem parte do processo. Eu que*

*resolvo (...), mesmo você estando conversando que você tem duas opções, que você não sabe qual é a melhor. Então cria uma situação de paternidade mesmo. E às vezes é complicado de lidar. (...) às vezes é desgastante. (Entrevistado 3 <sup>4</sup>).*

Um segundo médico entrevistado afirma, ainda:

*Os doentes eles tem um... eles são muito carentes. Aqui, a maioria, além de carência financeira, eles têm carência emocional e de uma pessoa que dite. Então quando eles recebem a notícia que estão com uma doença mais grave, que é a doença do sangue, é um tumor, ele chega aqui já aberto. (...) se você está com um tumor e o médico aparece na sua frente e fala que vai te ajudar você se joga em cima dele. Então a relação do médico-paciente com esse tipo de doente é muito mais fácil. (E2)*

Como podemos notar nos relatos, os médicos reconhecem essa submissão dos pacientes das classes populares. É importante levar em consideração o fato das doenças tratadas por eles serem de extrema gravidade e influenciar no estado emocional, os pacientes se submetem ainda mais aos médicos, até mesmo, sem ser das classes populares, em alguns casos. Em um dos profissionais, tal fato causa a sensação de sobrecarga, desgaste, já em outro, facilita a relação entre os envolvidos.

É interessante notar que os médicos exigem certa submissão de seus pacientes, para que, segundo eles, o resultado do tratamento transcorra da maneira esperada. Consideram imprescindível que eles cumpram as recomendações médicas, principalmente, se levarmos em conta as doenças graves e de difícil tratamento que são atendidas na Unidade de Hematologia Clínica e TMO do HUCFF. No depoimento transcrito acima podemos ver que o Entrevistado 2 afirma, como já mencionamos, que tal fato facilita a relação médico-paciente. Essa posição é ratificada por outros médicos entrevistados na unidade. A seguir uma declaração a este respeito: “(...) quando eu tenho um paciente que ele tem uma possibilidade curativa, eu quero que ele me obedeça, brigo, falo ‘tem que ser assim, tem que ir dessa maneira!’ ” (E3). E, um segundo profissional: “X. é um grande paciente. E o que você falar pra ele fazer, ele faz, segue as orientações direitinho do médico.” (E8).

Boltanski (1998) também trata de outro aspecto importante nessa relação entre médicos e pacientes: a comunicação. Segundo o autor, há uma barreira lingüística presente na relação dos médicos com os doentes das classes populares.

---

<sup>4</sup> Para nos referir aos profissionais entrevistados usaremos os códigos E1 para se referir ao Entrevistado 1, E2 para se referir ao Entrevistado 2, e assim sucessivamente.



Quando o paciente pertence às classes superiores, eles e os médicos sofreram a influência do mesmo “sistema educacional”, facilitando assim sua comunicação.

Além disso, o autor afirma que esses pacientes reprovam a atitude do médico não dizer a verdade, não ser franco em relação aos aspectos da doença. Nas entrevistas realizadas por nós, os médicos afirmam que não possuem este tipo de conduta. “(...) *Tem que tentar, às vezes, ser franco.*” (E8). Consideramos que isso se deve a necessidade de adesão ao tratamento por parte dos pacientes e, para tal, é necessário que saibam seu real estado de saúde. Abaixo um fragmento de entrevista.

*Você tem que conversar na mesma língua do doente para ele entender, porque ele nem sempre entende. E a gente faz isso muito bem aqui. Tem que ser verdadeiro. A gente chega no doente e fala ‘olha, você está com câncer, e tem chance de cura’. A gente fala. A gente é muito claro, não é de ficar escondendo coisa não. O que eu acho um grande ponto positivo.*  
(E2)

No caso dos pacientes da Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea há um diferencial: ocorre o risco de morte. Então a comunicação clara por parte do médico também envolve esse fato.

Outro dado interessante que Boltanski (1998) nos traz é o vínculo estabelecido entre médico e classes superiores. Segundo o autor, tal vínculo ocorre porque ambos fazem parte do mesmo meio e gera a sensação de confiança por parte dos pacientes.

Através da observação e das falas de alguns pacientes e das entrevistas realizadas com os profissionais, notamos esse fato na unidade pesquisada por nós, porém, não observamos diferenças de postura de acordo com as classes sociais, até porque, essa diferenciação não é objeto de nosso estudo. Diversas vezes, os pacientes afirmam que não gostam de ir a outros hospitais por não confiarem em outros médicos. Quaisquer sintomas sentidos por eles, recorrem imediatamente ao profissional de sua confiança na unidade. A confiança depositada, não só no médico, mas em toda equipe, está presente em declarações dos pacientes, as quais registramos em diário de campo. “*Quando sou atendida em outro hospital, aviso que sou paciente do Fundão [HUCFF] e peço para me transferirem.*” (Paciente em reunião de grupo, 14/06/2006).

Nessa direção, um médico entrevistado afirma essa “confiança”: “*E confiar muito na gente. Às vezes, eles são vistos em um posto de saúde com uma gripe, eles ligam para saber: ‘posso tomar esse remédio?’*” (E2).

Essa relação de submissão e confiança é importante ser retratada aqui para que possamos entender mais à frente a causa do sofrimento dos profissionais da equipe. Pois, como já afirmamos antes, esses fatores acabam depositando expectativas demais nos médicos, delegando muitas responsabilidades a eles, e fazendo com que, em alguns casos, eles se sintam sobrecarregados.

## **2.2. A Morte e o Morrer**

Segundo Moritz (2002), a morte pode ser caracterizada como a cessação definitiva da vida. E o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal.

Ao longo do século XX, as condições da morte foram profundamente transformadas. O hospital, seus saberes e profissionais passaram a ocupar, na sociedade ocidental, um lugar central e quase naturalizado no que concerne à prestação de serviços direcionados à saúde, à doença e à morte. (Menezes, 2004).

Segundo a autora, os sentidos atribuídos ao processo de morrer sofrem variação segundo o momento histórico e os contextos sócio-culturais. O morrer não é mais um fato biológico, mas um processo construído socialmente que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais.

Portanto, ao longo do tempo as formas de enfrentamento da morte vêm se modificando.

Para obter uma compreensão histórica a respeito das atitudes frente a morte, a autora recorreu a Áries (1981), que desenvolveu um estudo, caracterizando os períodos históricos e a apreensão da sociedade acerca do enfrentamento da morte, dividindo-o em três momentos:

- A *morte domada* - característica da Alta Idade Média, era ritualizada, comunitária e enfrentada com dignidade e resignação, podendo ser ilustrada pela morte dos cavaleiros. O aviso da proximidade da morte era dado por sinais naturais ou mais freqüentemente, por uma convicção íntima, mais do que premonição sobrenatural. A partir desta consciência, o moribundo tomava suas providências e a morte ocorria em uma cerimônia pública, organizada e presidida pelo próprio indivíduo que estava morrendo. A casa e o quarto do moribundo transformavam-se em lugar público, onde se entrava livremente, inclusive as

crianças. Os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. A familiaridade com a morte espelhava a aceitação da ordem da natureza, na qual o homem se sentia inserido. Com a morte, o homem se sujeitava a uma das leis da espécie e não cogitava em evitá-la ou exaltá-la: simplesmente a aceitava.

- A segunda modalidade de morte – a *morte em si* - surge por volta dos séculos XI-XIII e se estende até o século XIV, sendo marcada pelo reconhecimento da finitude da própria existência. Para Áries, neste período foram lançadas as bases do que viria a ser a civilização moderna: o sentimento mais pessoal e mais interiorizado da morte, da própria morte, traduzindo o apego às coisas da vida.
- A partir do século XIX, e até o século XX, a *morte do outro* se torna dramática e insuportável e se inicia um processo de afastamento social da morte. Finalmente, a partir do século XX surgem novas formas de relação com a morte: a morte é “invertida, escamoteada, oculta, vergonhosa e suja” (Menezes, 2004).

Nesse momento, mais especificamente nos anos 1930, com o avanço da química e da medicina, a morte passou a ocorrer, geralmente, em unidades de saúde onde nem sempre os pacientes podem ficar perto das pessoas que amam. A morte passou a ser mais solitária e angustiante. E muitas vezes, se está sofrendo mais emocionalmente do que fisicamente. Ao contrário do que ocorria anteriormente, quando as pessoas morriam em suas casas, ao lado de seus familiares e tinham tempo para despedir-se deles. No ano 2000, 70% das mortes ocorreram dentro dos hospitais (Moritz, 2002).

O enfermo, vendo que seu fim está próximo, perdeu o direito de opinar, e o médico passou a ser a autoridade no assunto. Além disso, a família passa a ser sentir protegida por não ter que presenciar todo o sofrimento das pessoas que amam. Mesmo sendo a autoridade, o médico não consegue vencer a morte, e passa a ser condenado, pois, a Medicina moderna vê a morte como um fracasso e não como parte inevitável e natural da vida (idem).

Os profissionais da saúde são vistos, historicamente, como responsáveis por promover a saúde. Sendo assim, a especificidade do sofrimento desses profissionais se deve as possibilidades de sucesso ou fracasso dos procedimentos que realizam.

Como os profissionais da Unidade de Hematologia e TMO lidam com doenças muito complexas, notamos um alto índice de óbitos. Observamos tal fato em nossos registros nos diário de campo e no banco de dados informatizado da assistente

social da unidade. Segundo o banco de dados citado, nos doze anos de transplante, mais de 50% dos pacientes foram a óbitos. Não podemos precisar a causa da morte de todos esses usuários, mas, seguramente, grande parte deles foi em decorrência do transplante ou de complicações do mesmo.

A morte é um dos fatores que os profissionais da saúde enfrentam cotidianamente e provavelmente o que mais os angustiam, parafraseando Moritz, *“nesse embate freqüente com a morte, esses profissionais estão expostos às angústias relacionadas à fragilidade da vida humana e à lembrança de lutos anteriores”* (2002:17).

O morrer acaba se tornando uma luta travada entre os pacientes, equipe de saúde e os familiares, com o inevitável.

#### 2.2.1 – Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas:

*“Entre a morte e o sofrimento intenso, eu prefiro a morte. Acho que o sofrimento intenso é muito pior” (E3)*

Freqüentemente ao lidar com pacientes onco-hematológicos, os profissionais de saúde se deparam com pacientes fora de possibilidade terapêuticas, que são caracterizados pelos pacientes que já receberam todo o investimento médico para a cura de sua patologia e não foi obtida a resposta esperada, cabendo, portanto, a esses apenas o tratamento paliativo, que garanta um “bem-estar”, até que chegue o momento de sua morte. Tais doentes podem chegar à fase terminal, caracterizado por Ballone (2002), pelas seguintes situações clínicas:

1. Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável;
2. Ausência de possibilidades de resposta razoáveis aos tratamentos;
3. Presença de vários sintomas intensos, multifatoriais e alternantes;
4. Grande impacto emocional, nos pacientes e em seus familiares, causado pela possibilidade incontestável da morte;
5. Prognóstico inferior a seis meses de vida.

Nesse momento, em que a pessoa está vivenciando o processo de morrer, Kübler–Ross (1991) afirma que esta passa por forte sofrimento, dimensionados pela autora em cinco estágios. São eles:

I- **Negação e Isolamento** – quando o paciente não aceita a notícia da fase terminal de sua doença, achando que essa situação não pode estar acontecendo com ele. Segundo a autora essa situação é proveniente da comunicação abrupta e, às vezes, prematura ao paciente, por quem não o conhece bem. A negação funciona como uma defesa temporária, sendo posteriormente substituída por uma aceitação parcial.

Tal fato faz com que, inicialmente, os pacientes comunicados de sua morte iminente, recorram a outros médicos, exames, etc, para que sua negação seja comprovada, levando-os muitas vezes à frustração ou a uma busca incessante da cura para sua patologia. Kübler Ross (1991) afirma que como todos nos consideramos imortais em nosso inconsciente, é quase inconcebível que reconheçamos que também enfrentaremos a morte.

II- **A Raiva** - quando se torna impossível manter firme o primeiro estágio de negação é substituído por um sentimento de revolta, raiva, inveja e ressentimento. O paciente se questiona por que ele se encontra vivenciando aquela doença.

Esse estágio é um dos mais difíceis de lidar com o paciente, tanto do ponto de vista da equipe que o acompanha, quanto dos familiares, já que a raiva se propaga em todas as direções sem razão plausível. A equipe hospitalar começa a não prestar, sendo as enfermeiras o maior alvo das queixas e conseqüentemente da raiva dos pacientes.

Notamos nas entrevistas realizadas que os profissionais de enfermagem são os que mantêm maior proximidade cotidiana com o doente que enfrenta esse estágio terminal, considerando o tempo dispensado aos cuidados, ao atendimento à família, portanto, são os que mais convivem com esse momento do sofrimento.

*(...) o enfermeiro fica às 12 horas ali. Às vezes o médico passa a visita de manhã e vai embora, depois que ele vai embora, o paciente se queixa de dor, de enjôo. E nem sempre o médico deixa prescrito o que dá pra dor. Então, você fica o dia inteiro com o paciente, escutando todas as queixas dele. Quem escuta todas as queixas, os gemidos é a enfermagem (...). (E4)*

E ainda, para os familiares gera um sofrimento maior, visto que, o paciente nesse estágio não fica recíproco as visitas, tornando-se a cada dia mais isolado e arredio, provocando em seus parentes angústia, culpa e humilhação. Essa situação acaba gerando um círculo vicioso, visto que, a família começa a evitar as visitas, gerando mais raiva e mágoa no paciente.

II- **Barganha** – é quando o paciente oferece alguma coisa “em troca”, geralmente um bom comportamento, para que lhe seja concebido algo, (como a ruptura do tratamento para vivenciar uma situação familiar, por exemplo, ou até mesmo o prolongamento da vida). Segundo a autora esse é um tipo de adiamento, que inclui um prêmio oferecido, estabelece também uma meta e inclui ainda uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. É um estágio curto, que pode ocorrer até o final da vida do paciente.

III- **Depressão** - a autora define dois tipos de depressão vivenciados pelos pacientes terminais: uma é a depressão reativa e a outra é a depressão preparatória.

Na primeira, o paciente fica deprimido por saber da sua morte iminente e não conseguir encontrar soluções para as atividades que aparentemente só ele desenvolvia, como, por exemplo, o fato de ser o cuidador de seu lar e possuir pessoas que dependam da sua presença, como crianças ou idosos. Esse tipo de depressão se finda, logo que sejam encontradas soluções para suas aflições.

Já o segundo tipo, a depressão se torna um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, geralmente é silencioso, em contraposição ao primeiro que requer muita conversa e até intervenções ativas por parte dos outros em muitos assuntos, e o paciente tem muito para comunicar. Na depressão preparatória, há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. Esse estágio é fundamental para aceitação pacífica da morte iminente.

IV- **Aceitação** - é o estágio final do paciente terminal. Geralmente ao chegar esse estágio a morte encontra-se muito próxima. O paciente já terá passado por todos os estágios anteriores. Sentir-se-á cansado, como se a dor tivesse esvaecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento final.

Segundo Kübler Ross (1991), nesse estágio a família precisará de mais ajuda, compreensão e apoio, mais do que o próprio paciente, já que nesse momento os interesses deste, pelo mundo exterior vão gradativamente diminuindo com a aproximação da morte, quando ele não sente mais vontade de conversar com ninguém.

Para Menezes (2004), a tomada de decisões do indivíduo que está morrendo depende de três requisitos: o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte, por comunicação da equipe médica; a expressão dos desejos e sentimentos do paciente para as pessoas de sua relação e, finalmente, a escuta e atuação dos que cuidam do doente.

Portanto, cabe a equipe de saúde principalmente, ser mais clara possível quanto à não possibilidade terapêutica ao indivíduo, para que esse tenha “tempo” de organizar sua vida, de fazer suas escolhas até o momento de sua morte.

Um sofrimento que assola os profissionais de saúde em relação a esse tipo de paciente, é o que fazer nesse momento? Visto que a medicina não garante mais a cura para sua patologia, cabendo apenas o tratamento paliativo, cujo confronto com o que é aprendido na Universidade – historicamente a medicina visa à cura – fica visível. Notamos isso em entrevista realizada:

*(...) Às vezes tem um paciente que está com um tumor da cabeça aos pés, já fez quimioterapia, radioterapia, tentou transplante, voltou, fez quimio... Você vê que não tem nada, que o tumor ganhou. Você dá conforto, você não deixou de ajudar. E você dá uma qualidade de resto de vida para a pessoa. Isso também satisfaz um médico, você pode ajudar dessa forma. E se você não tem outro caminho, se não a pessoa vai morrer, você acaba aceitando aquilo dali. Sofrer, sofre. E você tem como fazer isso tanto para o médico, quanto para o paciente quanto para os familiares da melhor forma possível. Aqui a gente faz isso bem, conversar bem com o familiar, ‘olha não tem mais jeito, a gente vai ceder para não sofrer.’ A gente consegue resultados bons, de passar a aceitação da morte (...). (E2)*

É muito doloroso tanto para a equipe de saúde, quanto para o paciente, aceitar a impossibilidade de cura, aceitar que todo investimento foi feito e o que resta é a morte. Porém é necessário o reconhecimento para ambos dessa finitude, para que seja garantido tratamento paliativo de qualidade, desde que o paciente queira, havendo assim uma melhor qualidade de vida, onde o doente possa tomar as melhores decisões até que chegue o momento de morrer.

Nesse momento decisivo, o que mais o paciente procura é alguém que o escute, que queira dividir com ele suas angústias, aflições, mais do que oxigênio, morfina, ele necessita de alguém que esteja com ele até o momento final. Por outro lado, os profissionais de saúde não recebem em sua formação acadêmica meios de melhor garantir essas necessidades aos seus doentes terminais.

Acreditamos que os profissionais vivenciam algum tipo de sofrimento ao lidar com os pacientes da unidade, devido ao vínculo que se estabelece entre eles durante o longo período de internação e tratamento, ao alto índice de óbitos e ao sofrimento vivenciado pelos próprios pacientes com os efeitos colaterais agressivos das quimioterapias e o transplante, como explicitado anteriormente. Além disso, é possível que esse sofrimento cause rebatimentos na vida pessoal dos profissionais e, até mesmo, cause-lhes problemas de saúde.

Pretendemos, então, no capítulo seguinte verificar, com base no material empírico (entrevistas), se as hipóteses acima se comprovam e detalhá-las.

### **3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O SOFRIMENTO DA EQUIPE DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA CLÍNICA E TMO**

#### **3.1. Metodologia do trabalho de campo**

Para avaliação do sofrimento vivenciado pela equipe de saúde utilizamos o estudo de natureza qualitativa, pois a abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social.

Segundo Minayo (1999), Weber afirma que a ação social leva em conta o comportamento dos atores e é orientada por eles na sua realização. Desta forma, a abordagem qualitativa atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores.

A Unidade de Hematologia Clínica e TMO, espaço de nosso estudo, possui uma equipe composta, atualmente, por 13 médicos, 7 residentes de medicina, 10 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem, 20 auxiliares de enfermagem, uma assistente social e duas estagiárias de Serviço Social. Além desses profissionais, atuam esporadicamente no setor, de acordo com a necessidade dos pacientes, outras categorias profissionais, tais como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

A amostra segundo a abordagem qualitativa se baseia na busca de *“aprofundamento e de compreensão de um grupo social de uma organização, de uma instituição ou de uma representação”* (Minayo, 2004: 102). Além disso, deve-se buscar sujeitos que possuam os atributos que se deseja conhecer.

Para definição do tamanho da amostra a ser entrevistada utilizamos um critério mencionado por Minayo (1999) de que a qualidade da amostra é definida quando a reincidência das informações delimitou as tendências temáticas do que se estuda, sem poder, contudo, desprezar informações singulares.



Para tal, buscamos que os entrevistados possuíssem idades diversificadas e fossem de categorias profissionais que estão mais presentes na unidade: enfermagem, medicina e serviço social.

Desta forma, formamos nossa amostra com os seguintes membros da equipe, escolhidos aleatoriamente: dois residentes de medicina, dois médicos, um auxiliar de enfermagem, três técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um assistente social.

As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um roteiro semi-estruturado composto de 28 perguntas, o qual segue em anexo. Optamos por dividi-lo em quatro grupos de perguntas: *variáveis pessoais*, onde estão contidas perguntas como idade, situação conjugal, religião, entre outras; *variáveis profissionais*, com questionamentos a respeito da formação e experiência profissional; *ambiente institucional*, que aborda questões a respeito das relações do trabalho na unidade e, por fim, *enfrentamento da morte e sofrimento*, onde profissionais são perguntados a respeito do modo como encaram a morte e se o trabalho na unidade influencia sua vida pessoal. Todas foram analisadas seguindo essa mesma ordem.

A elaboração do roteiro se fez possível graças ao levantamento bibliográfico, no qual pudemos identificar categorias teóricas que deveriam ser abordadas em nossas perguntas, tais como sofrimento difuso de Valla (2004) e estratégias defensivas de Dejours (1992).

Os dez profissionais foram entrevistados no período de 30 de agosto de 2006 a 22 de setembro de 2006. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pelas autoras dessa monografia de graduação. E tiveram duração entre 15 minutos a 2 horas, conforme o sujeito entrevistado.

Como prova do compromisso ético, apresentamos de forma preliminar a sistematização dos dados obtidos em nosso estudo aos sujeitos entrevistados no dia 22 de novembro do corrente ano, no HUCFF, a fim de receber a avaliação desses atores. Portanto, a presente monografia já inclui as considerações recebidas desse momento e a submete a avaliação da Banca de TCC da Escola de Serviço Social.

Para o tratamento do material empírico utilizamos o conceito de representações sociais de Minayo, que aprofundaremos a seguir.

### 3.1.1. Representações sociais

*Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a. (Minayo, 1999:158)*

Minayo (1999) faz um resgate do conceito apresentado por diferentes autores tais como Durkheim, Max Weber, Alfred Schutz, Marx, Gramsci entre outros e conclui que as representações sociais “(...) enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são um material importante para a pesquisa no interior das Ciências Sociais.” (idem:173).

A autora afirma que as representações sociais se manifestam em comportamentos e chegam a ser institucionalizadas, portanto sua análise deve ser feita levando em consideração as estruturas e os comportamentos sociais. “Sua manifestação privilegiada, porém é a linguagem do senso comum.” (ibidem:173). Apesar de apresentar um pensamento fragmentado e estar restrita a certos aspectos da experiência existencial freqüentemente contraditória, possui certos graus de nitidez em relação à realidade. É construída através da vivência das contradições existentes no cotidiano das classes sociais e sua expressão é marcada pelo entendimento dela com seus pares, seus antagônicos e com as instituições.

Além disso, as representações sociais apresentam traços de transformação e resistência na forma de conceber a realidade. Sendo assim, devem ser analisadas de forma crítica, já que correspondem a situações reais de vida. “Nesse sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas.” (Minayo, 1999:173)

*As representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo. (idem:174)*

Minayo (1999) afirma que as representações sociais são, ao mesmo tempo, ilusórias, contraditórias e “verdadeiras” podem ser fonte para a análise social e também para ação pedagógico-política de transformação, pois são um retrato da

realidade. Porém, a autora alerta para o fato de que elas não conformam a realidade e seria um erro considerá-las verdades científicas, reduzindo a realidade à visão que os atores sociais possuem dela.

Por fim, a autora cita Bakhtin (1986) e reforça que a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem pois, ela apresenta os interesses contraditórios, transmitindo e sofrendo os efeitos da luta de classes, servindo tanto como instrumento quanto como material. Devido a ligação dialética com a realidade, compreender a fala requer, ao mesmo tempo, compreender as relações sociais que ela expressa.

É tomando como base o conceito de representações sociais de Minayo (1999) que pretendemos analisar o material empírico obtido em nossas entrevistas.

### 3.1.2. As representações sociais de saúde / doença

Estudos realizados por sociólogos e antropólogos, desde o início do século XX, mostram que a doença, a saúde e a morte não se restringem a uma evidência orgânica, mas estão intimamente ligadas as características de cada sociedade. Ou seja, revelam que a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social (Minayo, 1999).

Minayo (1999) cita Lévi-Strauss ao afirmar que a representação social de saúde / doença apresenta as concepções de uma sociedade como um todo.

*(...) a partir das ciências sociais podemos dizer que há uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar lançado sobre o corpo que adoece e que morre. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais. Seja qual for a dinâmica efetiva do "ficar doente", no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (...) a legitimidade da definição de sua situação. Disso retira atitudes e comportamentos em relação a seu estado e assim se torna doente para o outro: para a sociedade. (Minayo, 1999: 177)*

A autora utiliza um conceito apresentado anteriormente por Susan Sontag (1984), "doenças-metáforas", que seriam enfermidades que representam catástrofes e possuem um caráter histórico em determinadas épocas, pois, mobilizam o conjunto da sociedade. Como exemplos, cita-se a peste nos séculos XVI e XVII, a sífilis e a tuberculose no século XIX, e o câncer no século XX. Cabe lembrar que grande parte

das doenças tratadas na Unidade de Hematologia e TMO são cânceres hematológicos.

No que se refere à tecnologia médica essas doenças constituem desafios à ciência e ao progresso. Do ponto de vista ideológico, o sentido da corporação médica e sua imagem de salvadora estão sempre em jogo, numa relação contraditória entre os avanços alcançados e o que consideram fracasso, ou seja, a impotência diante da morte (Minayo, 1999).

Notamos esse aspecto da impotência diante da morte nas entrevistas com os profissionais.

*O problema é: tem doença que é ruim mesmo, a gente não tem tratamento, você tem tratamento de primeira linha que não é perfeito que você tenta e, às vezes, o doente não responde. O que eu fico angustiado às vezes é de como eu posso ser melhor para meu doente (...) mas se eu me sinto culpado? Eu faço sempre uma retrospectiva, o que eu errei, ... chego a conclusão que isso não faria nenhuma diferença para ele, mas é meio difícil, as vezes eu fico totalmente tranqüilo, eu fiz tudo o que pude e não tinha jeito(...) (E7).*

Minayo diz que, no campo sociológico, essas doenças poderiam ser consideradas doenças-sínteses porque criam o consenso do mal advindo das “anomalias sociais”, apresentam em si as explicações dos desequilíbrios individuais e emocionais.

Além disso, essas doenças desafiam o caráter de classe do modo específico de adoecer e morrer, pois atingem todos os grupos sociais indistintamente. E um dos nossos entrevistados faz uma afirmação nesse sentido: *“Uma vez uma colega minha falou para mim: ‘o mundo não está dividido entre pobres e ricos não, está entre saudáveis e doentes’. Enquanto você tem saúde, você esquece da vida, depois quando você está com um problema, aí a coisa complica” (E1).*

Segundo Minayo (1999), o conceito que está ligado à definição social de saúde / doença, em relação à classe trabalhadora é o de incapacidade para o trabalho. Expressões como “a saúde é a maior riqueza”, “sem saúde não somos nada” em oposição à doença como castigo, infelicidade, miséria, expressa a realidade na qual o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens. A miséria, a fome e o desespero que advêm do fato de estar enfermo, prova, na prática, que o corpo é sua única forma de subsistência.

O câncer é uma doença que traz consigo o estigma da morte e do sofrimento. Mesmo atualmente, quando os tratamentos avançaram tanto e aumentaram a

possibilidade de cura. Notamos isso, na convivência com os pacientes e também em algumas declarações contidas nas entrevistas.

A seguir um trecho em que um profissional afirma já não possuir esperanças em relação ao tratamento e que o final dos doentes de câncer hematológico é sempre a morte.

*(...) paciente entra aqui a gente já sabe tudo que vai acontecer com ele. Do primeiro ao último dia, como vai ser o óbito, tudinho que vai acontecer com ele. Logo que iniciei aqui, não sabia nada de hematologia tudo era novidade, eu sempre via uma esperança. (...) Mas, aqui não vai para o buraco! O final do filme é sempre esse. (...) E é difícil porque aqui vai ser sempre isso, são doenças que não tem jeito. (...) Olha pra mim todo paciente que bota o pé aqui já está fora de possibilidade terapêutica. Quando diz que é paciente, eu já sei o final do filme. (...) mas os pacientes que vêm pra cá, a gente já sabe que eles não têm mais um ano de vida. São pouquíssimos os que vivem mais de 1 ano, 1 ano e meio, pouquíssimos. (E4)*

Um outro entrevistado relata dificuldade em comunicar o diagnóstico aos pacientes porque é interpretado como sentença de morte, como reproduzimos a seguir. “Às vezes é uma situação espinhosa você lidar com pacientes de transplante, porque você vai dar uma sentença de morte, às vezes” (E8).

Essa postura de certeza da morte, parte, principalmente, dos doentes. Um profissional afirma que os pacientes costumam ser sentir muito próximos da morte quando recebem o diagnóstico de câncer.

*De maneira geral, o doente oncológico é aquela coisa, por conta do estigma. Por exemplo, você tem um doente que está com problema coronariano, um renal grave... eles não sentem como se estivessem com a faca no pescoço. O doente oncológico sabe que ele está com a faca no pescoço o tempo todo. (E7)*

Essa visão de câncer ligado à morte faz com que dois profissionais afirmem que, caso venham a passar por uma situação semelhante, prefeririam não se submeter aos tratamentos que só trariam mais sofrimento ao adiar o fim que, segundo eles, é inevitável nesse tipo de enfermidade.

*Eu já falei com meus colegas, já falei em casa, que se um dia eu tiver uma doença dessa eu não quero passar por esse sofrimento não, quimioterapia, me intoxicar. (...) É por isso que eu falo que: eu não quero, eu prefiro morrer assim, sem dor e sem passar por esse sofrimento. Porque o que eu vejo aqui, que eles passam por todo esse sofrimento, essa intoxicação de quimioterapia, porque intoxica, é um veneno. É droga! É um veneno! Porque é para matar a medula, a medula doente para receber uma nova, então é um veneno. Você toma veneno... (E5)*

Um fato interessante é que o profissional citado acima possui uma representação negativa não só da doença, mas, também do tratamento. Segundo ele, a quimioterapia seria um *veneno*.

Esse estigma que o câncer possui só tende a dificultar o modo como os profissionais encaram o paciente oncológico. Fazendo com que possuam sentimento de pena, de angústia e, até mesmo, desesperança em relação a ele.

### 3.2. Sofrimento

*“A minha saúde depende do sentido que eu dou a minha vida. Posso estar doente, posso sofrer, mas se minha vida tem sentido, eu posso transformar esse sentimento”. Jean- Ives Leloup.*

De acordo com Codo (1994) o sofrimento é fruto de uma ruptura entre o que o indivíduo deseja e a realidade. Quando algo não acontece de acordo com os anseios desse indivíduo, surge o sofrimento.

Na equipe de saúde, o sofrimento surge, quando a realidade é diferente do que eles desejavam para sua atuação profissional. Como já mencionamos, há a sensação de impotência, fracasso e, até mesmo, podendo chegar a culpa. Apesar de toda a formação e qualificação profissional, diante de um paciente em fase terminal, sentem que não podem fazer nada para tirá-lo daquela situação, somente fazer o possível para abrandar seu sofrimento nos últimos momentos de vida.

*(...) eu procuro trabalhar de forma perfeita, eu não deixo um furinho com o paciente, que é justamente para colocar minha cabeça no travesseiro de noite com o dever cumprido, com a consciência livre, leve solta, foi porque papai do céu quis, mas a gente fica chateada, porque às vezes vão com muito sofrimento. (E4)*

Portanto, o adoecer gera sofrimento, tanto no paciente e seus familiares, quanto na equipe que o acompanha e, se expressa de várias maneiras. “(...) você ver o paciente sofrendo e você não sofrer junto, eu sofro junto sim, já chorei várias vezes vendo o sofrimento do paciente.” (E5).

Valla (2004) menciona a noção de “sofrimento difuso”, que é um “conjunto de síndromes e sintomas indefinidos, tais como ansiedade, angústia, depressão, dores generalizadas, entre outros.” (Valla, 2004: 91). Levando em conta esta noção, pode-se afirmar que encontramos profissionais em processo de sofrimento.

Quatro profissionais relatam se sentir estressados. Abaixo um fragmento de entrevista:

*Logo no início eu fiquei com o nível de estresse muito alto, por causa do ambiente, morte toda semana, todo plantão praticamente tinha uma. Você quando está com stress começa a acarretar várias doenças. Teve um período que todo mês praticamente eu estava de licença, até que foi constatado o stress, eu não dormia direito, entrava aqui e me sentia mal, começou a aparecer problema aqui problema ali. (E5)*

Outro profissional afirma possuir alguns outros problemas além do stress, tais como dores musculares, insônia. Porém relata que as dores não o incomodam tanto, pois consegue resolver com o uso de medicamentos, mas não possui solução para a insônia.

*Com certeza, insônia, stress. Eu vivo com a coluna, musculatura toda ferrada e até com um pouco de dor. A gente pega peso, vira paciente pra cá pra lá. Mas a parte muscular e de coluna a gente vai levando tomando um antiinflamatório, mas e o sono? Eu vou viver tomando Lexotan, não vou não é!? (E4)*

Dores em algumas partes do corpo foram citados por um outro profissional. *“(...) cansaço, dor no joelho, dor nas costas. Aí eu vejo, a carga está pesada.” (E6).* Cabe destacar, que ambos são da enfermagem, que são profissionais que, freqüentemente, ajudam o paciente a se levantar, a se deitar, a caminhar, como mencionado acima.

No roteiro de entrevista não perguntamos claramente se o paciente sofre, até mesmo para não induzir as respostas. Porém, todos os profissionais mencionam em algum momento, que de fato sofrem. *“(...) você acaba se envolvendo, acaba sofrendo junto, fica angustiado. A gente sofre.” (E7).*

Cabe destacar que, as representações sociais que os mesmos possuem sobre seu sofrimento referem-se sempre a um estado de tristeza, depressão. Quando afirmam que sofrem sempre fazem menção a estes estados. *“Têm momentos que eu estou arrasado. São momentos que eu fico arrasado dentro de casa. (...) Têm momentos que eu, realmente fico meio deprimido. E tem momentos que o serviço inteiro fica meio deprimido, quando os doentes morrem.” (E8).* Um outro entrevistado faz referência à tristeza após a morte de um paciente: *“Tem dia que você chega em casa: ‘Poxa, hoje a gente perdeu o doente que eu gostava.’ Você chega mais triste em casa.” (E2).*

As dores, o stress, e a insônia citados acima foram apresentados pelos entrevistados como problemas decorrentes do trabalho, eles não afirmam se tratar de manifestações de sofrimento.

Um outro profissional manifesta um dos sintomas que Valla (2004) atribui ao sofrimento difuso, entretanto, em sua declaração nota-se que ele não considera tal fato importante e gerador de sofrimento. *“às vezes você fica meio angustiado. Você ver tragédia o tempo todo não é fácil, não é fácil. Mas assim, não é porque eu vejo tragédia o tempo todo que eu vou ser um cara deprimido, ficar nas sombras.”. (E7).*

Essa representação que os entrevistados possuem do sofrimento, ligando-o sempre a um estado de depressão ou tristeza grave, pode complicar o enfrentamento do mesmo. Pois apresentam algumas manifestações de sofrimento, mas sequer tem consciência do mesmo. Ou, em alguns casos, até afirmam que sofrem, mas dizem que é algo que não influencia significativamente sua vida, como notamos na declaração acima. Como se o sofrimento só merecesse atenção e intervenção quando chegar a se manifestar de forma grave.

No depoimento transcrito a seguir notamos que o entrevistado encontra-se em grave processo de sofrimento.

*Porque eu tenho me sentido muito mal. Eu já venho pra cá chateada. Às vezes eu não durmo bem na noite anterior, só de saber que tenho que vir pra cá, já antevendo as coisas que eu sei que vou encontrar aqui. Realmente pra mim tem sido muito difícil. (...) Às vezes meu marido fala assim: “Você está tão nervosa!”. Aí eu digo: “Eu estou me sentindo como o pessoal que foi a Guerra do Vietnã, que viram tanta barbárie, tanto sangue, tanta coisa ruim.”. Os americanos que voltaram vivos voltaram com seqüelas psicológicas graves. É como eu estou, estou caminhando para isso aí. Eu acho que futuramente eu vou ter que mudar desse setor aqui, porque eu não estou mais agüentando. (...) Eu já venho pra cá parecendo boi indo para o matadouro. E eu não sou uma pessoa triste, pelo contrário, sou uma pessoa alegre. Mas aqui é difícil. Quando saio daqui eu pareço um passarinho. Por isso que eu nem quero outro emprego. (...) Eu acho que todo mundo aqui precisa de psiquiatra, porque a pessoa pira aqui. Você vê tanta desgraça, tanto sofrimento, que não tem como você manter uma sanidade mental, um equilíbrio. (...) Eu não me incomodo com o volume de trabalho, eu estou aqui para trabalhar. Porque o físico você chega em casa dorme e descansa, agora a cabeça, a cabeça não tem como. E é cumulativo, no final das contas você está carregando um cemitério nas costas. É assim que eu me sinto, é horrível! O ambiente é pesado. (E4)*

Esse mesmo profissional, afirma que sente o cheiro da pele de uma paciente já falecido, por ter ficado muito chocada com o estado em que ela se encontrava.

*(...) quando ela morreu, eu fiquei vários dias sem dormir. A pele dela, no final, tinha um cheiro característico, às vezes eu estava em casa e sentia o cheiro. Até pensei: “Será que eu estou ficando maluca?”. A mulher já morreu, está debaixo da terra e eu estou sentindo o cheiro daquela pele dela. (E4)*

Verificamos que alguns profissionais encontram-se em processo de sofrimento, pois afirmam ter insônia, stress, sentem tristes, fragilizados, a ponto de não conseguirem, às vezes, estabelecer convívio com seus familiares devido ao stress, ao cansaço decorrente do trabalho e também que as manifestações de sofrimento são mais ou menos intensas de acordo com cada um. Cabem então duas



perguntas para as quais não temos respostas: Por que uns sofrem mais e outros menos? E por que o sofrimento se manifesta de maneiras diferentes?

Devido ao modelo biomédico hegemônico, *“que é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades”* (Valla, 2004: 91), este sofrimento difuso não é considerado uma doença, sendo assim, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com ele, pois o mesmo não é contemplado pela formação acadêmica.

Este fato prejudica tanto o atendimento ao paciente, como o próprio profissional que não sabe lidar com seu sofrimento. A literatura médica em geral, por exemplo, considera sofrimento apenas como dor física, mas, alguns autores afirmam que ele não se limita somente ao estado físico (Valla, 2004)

*O sofrimento físico, psíquico e espiritual pode ser entendido como “um estado de angústia severa” (...), e pode incluir tanto a dor física decorrente de determinadas patologias como outras “dores” que se expressam através da tristeza, medos, ansiedade, entre outros, referidos anteriormente como sofrimento difuso. Esta última categoria de sintomas pode estar presente quando os sujeitos se sentem fragilizado pela doença e assustados diante da ameaça da morte, ou nos que não têm doença orgânica mas se sentem adoecidos e sofrem devido às adversidades da vida.”* (Valla, 2004, p.93)

Como justificativa para o surgimento do sofrimento, os profissionais citam o cotidiano vivenciado no processo de adoecimento dos pacientes, que passam por processos de tratamento muito agressivos ao corpo (quimioterapias, transplantes), o confronto com a morte iminente.

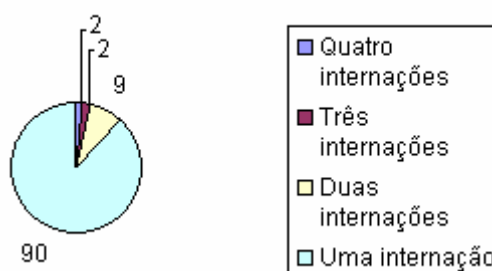
Os profissionais afirmam se sensibilizar com o sofrimento dos pacientes e consideram difícil lidar com esse tipo de doente. *“(...) mas o trabalho que acontece com os pacientes é que realmente é muito difícil, trabalhar com oncologia eu acho muito difícil.”* (E4).

Além disso, o extenso período de internação, em muitos casos ultrapassando um mês, dos pacientes possibilita a criação de um convívio mais prolongado e intenso. *“Agora o que acontece é que o convívio da gente com os pacientes às vezes é longo, porque a pessoa vem aí faz um ciclo de quimioterapia, aí fica aqui um tempão, passa mal, aí fica neutropênica, não pode ir pra casa pra não pegar infecção, aí vai ficando aqui.”* (E4).

Para precisar a taxa média em dias de internação, realizamos um levantamento no relatório diário de internados na unidade no período de 02/01/2006 a 31/05/2006 totalizando 150 dias. Verificamos que nesse intervalo de tempo deram entrada 103

pacientes. Porém, 13 (12,6%) deles reinternaram, sendo que 2 reinternaram 3 vezes, 2 reinternaram 2 vezes e 9 reinternaram 1 vez. Essa taxa de reinternação se deve ao tratamento de câncer hematológico em si. Os pacientes reinternaram para dar prosseguimento à quimioterapia que é feita em ciclos ou, para após a realização da quimioterapia, o transplante. Enfim, isso não significa, necessariamente, a recaída ou agravamento do estado de saúde dos pacientes.

**Número de internações**



Para efeito de comparação, podemos usar a taxa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) que é de 13,44 dias no ano de 2004, segundo o site da instituição.

Foi possível chegar a uma média de 16,5 dias de internação por paciente em relação a Unidade de Hematologia Clínica e TMO no período estudado. O paciente que mais ficou internado atingiu 125 dias seguidos na unidade. Sendo que 19 pacientes (18%) ultrapassaram 30 dias hospitalizados no período estudado. E somente 28 pacientes (27%) passaram menos de 10 dias internados.

Além disso, mesmo não estando hospitalizados, grande parte dos pacientes volta ao hospital para consultas com freqüências que dependem de cada diagnóstico, tratamento a qual está submetido e estado de saúde de cada um.

Com base nas declarações apresentadas nas entrevistas, devido a esse longo período de internação e de tratamento e ao número reduzido de leitos quando comparado com outras enfermarias, a equipe acaba desenvolvendo um vínculo com o paciente, e vice-versa.

Dejours (1992) também fala de sofrimento em suas formulações, o autor afirma que do choque entre história individual, com projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora, resulta um sofrimento, que se traduz em insatisfação, medo, angústia do trabalho.

Quando o autor trata da relação entre o aparelho psíquico e o trabalho, afirma que o bem estar psíquico provém de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Assim, se o trabalho é favorável a esse livre funcionamento, existe o equilíbrio; se a ele se opõe, será fator de sofrimento e de doença.

Para lidar com o sofrimento, Dejours (1992) afirma que os trabalhadores constroem “ideologias defensivas” ou estratégias defensivas. Segundo ele, “*a ideologia defensiva funcional tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave.*” (Dejours, 1992:35).

O autor apresenta algumas características das ideologias defensivas:

1. Por ser a ideologia defensiva construída por um grupo social específico, devemos buscar nela uma especificidade;
2. Não são dirigidas contra uma angústia de origem nos conflitos psíquicos, mas sim, contra perigos reais;
3. Deve possuir a adesão de todos os interessados, senão não será operatória. Quem não contribui para a ideologia, será excluído;
4. Deve possuir coerência, para ser funcional. O que supõe arranjos rígidos com a realidade;
5. Possui sempre um caráter vital, fundamental, necessário, obrigatório, pois ela substitui os mecanismos de defesa individuais. (DEJOURS, 1992:35-36).

Cabe destacar, que Dejours utiliza para a elaboração do conceito de estratégias defensivas o exemplo do subproletariado (termo utilizado pelo autor para se referir à parcela do proletariado que se encontra subempregada e em situação de miséria). Portanto, o conceito apresenta propriedades que não podem ser aplicadas aos profissionais da unidade de Hematologia Clínica e TMO sem qualquer crítica e, como afirma o próprio autor, devemos buscar essas especificidades no grupo social pesquisado.

Sendo assim, consideramos como estratégias defensivas dos profissionais pesquisados, a postura defensiva em relação aos pacientes, buscando não estabelecer vínculos, apesar de não funcionar em grande parte das vezes, e a realização de atividades que aliviem o sofrimento oriundo do trabalho. Aprofundaremos melhor esse assunto em tópicos subseqüentes.

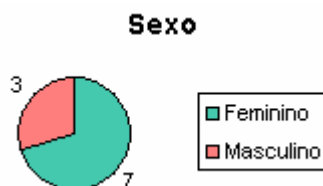
### 3.3. Análise do material empírico

#### 3.3.1. Caracterização das variáveis pessoais

##### a. Divisão sexual

Como referimos antes nossa amostra foi composta por dez profissionais entrevistados da Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do HUCFF: dois residentes de medicina, dois médicos, um auxiliar de enfermagem, três técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um assistente social.

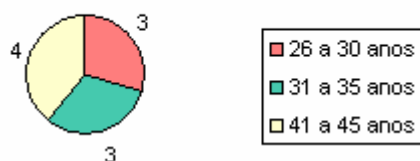
No universo de nossos entrevistados temos sete mulheres e três homens, sendo que estes são da equipe médica e somente uma mulher faz parte dessa equipe disciplinar. No que se refere a equipe de enfermagem, só foram entrevistadas mulheres, o que, igualmente, reproduz o perfil dessa equipe. A assistente social também é mulher.



##### b. Faixa etária

No que se refere à faixa etária, três dos entrevistados possuem entre 26 e 30 anos, três entre 31 e 35 anos e quatro têm entre 41 e 45 anos, nesta última faixa etária todas são mulheres. A equipe de medicina que, em nossa amostra, corresponde a quatro pessoas é formada por profissionais com idade inferior a 35 anos, sendo que dois possuem entre 26 e 30 anos e outros dois entre 31 e 35 anos. Já a equipe da enfermagem, que compõe metade da amostra, é formada por 3 profissionais entre 41 e 45 anos, um na faixa etária entre 26 e 30 anos e outra entre 31 a 35 anos.

**Faixa Etária**



#### c. Situação conjugal e extensão da prole

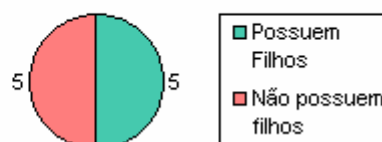
Na amostra, seis entrevistados são casados e quatro solteiros. Todos os casados declaram morar com seus cônjuges e filhos, quando possuem. Dois dos entrevistados que afirmam ser casados não possuem filhos. Três dos entrevistados que se declaram solteiros moram com seus pais e irmãos, quando possuem e, somente um dos profissionais solteiros possui filhos e reside com eles. Interessante notar, que a faixa etária dos profissionais casados é heterogênea, variando entre 26 e 45 anos. Ocorre o mesmo com os profissionais solteiros.

Metade dos entrevistados possui filhos, dos quais todos moram com eles. Quanto ao número de filhos, dois entrevistados possuem 3 filhos, dois têm 2 filhos e um possui um filho. A idade dos filhos varia de 8 meses a 22 anos.

**Situação Conjugal**



**Filhos**

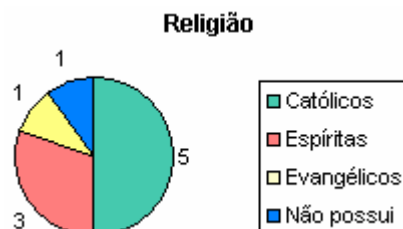


#### d. Religião

Quando questionados sobre sua religião, 90% afirmam ter uma referência confessional: cinco dos entrevistados se dizem católicos, três são espíritas e um se declara evangélico. Esse ranqueamento se assemelha com pesquisas em outros profissionais da saúde no HUCFF<sup>5</sup>, apesar de figurar na população brasileira os católicos e os evangélicos, em primeiro e segundo lugar, respectivamente. Talvez,

<sup>5</sup> Está em curso no HUCFF, desde abril de 2006, o levantamento do *Perfil Cultural-Acadêmico dos Assistentes Sociais do HUCFF*, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Rita Lima, orientadora dessa monografia de graduação. Nessa pesquisa, de forma simultânea, foi observado em forma decrescente a auto-designação dos entrevistados como católicos, espíritas, evangélicos e umbandistas.

os profissionais da saúde, comparativamente à população brasileira, possam se identificar mais com o espiritismo, considerando o tipo de tratamento dado ao tema da morte, através da crença na reencarnação.



### 3.3.2. Variáveis profissionais

#### e. Formação Profissional

Em nossa amostra, seis dos nossos entrevistados possuem Ensino Superior e, desses, dois cursaram na UFRJ. Dos dez entrevistados, sete profissionais formaram-se em instituição pública e três em instituição privada. Quando falamos do tempo de formação na profissão em que atuam, temos como média 9,5 anos. Sendo que a menor quantidade de anos encontra-se na equipe de medicina, onde o mais recente, um residente de medicina, formou-se há 3 anos e o de maior tempo possui 7 anos de formação. Já na equipe de enfermagem está a profissional com mais tempo de formada – 22 anos – e uma outra com apenas 3 anos. A média do tempo de formação é para a equipe de medicina de 5,25 anos e para a equipe de enfermagem de 10,8 anos. A assistente social possui 20 anos de graduada em Serviço Social.

#### f. Qualificação profissional para a hematologia

Quando perguntados se haviam feito algum curso específico para trabalhar em uma unidade de Hematologia, metade dos entrevistados diz que sim, sendo que desses, dois o estão fazendo atualmente, são residentes de medicina. E os outros dois médicos entrevistados também fizeram residência médica em Hematologia. A outra profissional que respondeu sim a pergunta é a enfermeira, que também cursou residência. A outra metade da amostra não fez um curso específico, sendo que todos, com exceção da assistente social, possuem formação em Ensino Médio e são

membros da equipe de enfermagem. Podemos notar que a especialização em Hematologia é algo, majoritariamente, dos cursos de residência disponíveis para a área da medicina e da enfermagem. Tomamos ciência que, atualmente, o HUCFF está implantando a Residência Interdisciplinar para o ano de 2007, com previsão de vagas para o Serviço Social, Nutrição e Farmácia, o que permitirá acesso à qualificação profissional na área da hematologia para outras categorias profissionais. Não se trata de uma residência específica para essa área, mas está previsto que o aluno circulará pelas unidades do HUCFF no primeiro ano, e se fixará no período seguinte, em uma unidade escolhida por ele, a fim de desenvolver sua pesquisa e sua monografia de especialização.

#### g. Tempo e área de trabalho no HUCFF

No que se refere ao tempo de atuação no HUCFF, o profissional mais antigo possui 22 anos na instituição, e o mais recente tem 2 anos e 4 meses. Sendo que ambos são da equipe de enfermagem, os quais possuem uma média de 6,5 anos de vinculação com o hospital universitário. Na equipe de medicina a média é de 4,1 anos, fato que pode ser associado a pouca idade dos nossos entrevistados nessa categoria profissional, já que nenhum deles ultrapassa os 35 anos. Registra-se que a Unidade de Hematologia Clínica e TMO possui um médico em sua coordenação, bem como professores da Faculdade de Medicina, os quais não compuseram nossa amostra, o que viria a modificar significativamente a faixa etária e o tempo de trabalho no HUCFF.

Em nossa amostra, somente três pessoas já atuaram em algum outro setor do hospital. Portanto, para sete dos entrevistados o quantitativo dos anos no hospital foi em atuação na Unidade de Hematologia Clínica e TMO, a qual foi implantada há 10 anos. O profissional que está a menos tempo no setor é um residente de medicina com somente 7 meses, e quem está a mais tempo é uma enfermeira com 12 anos, a qual trabalhava com transplante de medula óssea desde os primeiros casos ocorridos no HUCFF, em 1994, quando os pacientes ainda ficavam internados no 10F. A média de tempo na equipe como um todo é de 4 anos. Sendo que a menor média pertence à equipe de medicina com 2,5 anos atuando na unidade. Já a equipe de enfermagem possui uma média de 4,5 anos no setor. E a assistente social

encontra-se inserida na unidade desde que a mesma possui uma equipe própria, ou seja, no ano de 1998.

#### h. Outros vínculos de trabalho: carga horária e nível de satisfação

Oito profissionais possuem outros empregos, sendo que dois médicos e uma enfermeira possuem outros dois empregos e os outros cinco profissionais possuem mais um emprego. Em relação a essa múltipla jornada de trabalho, um entrevistado da medicina se queixa disso e afirma que só trabalha em outros locais por necessidades financeiras: *“Se eu pudesse, se a variável dinheiro fosse excluída, se eu ganhasse bem, eu trabalharia 40 horas aqui feliz da vida.”* (E8). Somente duas profissionais, técnicas de enfermagem, afirmam não possuir outro emprego e, segundo uma delas, porque optou por passar mais tempo com a família e fazer outras coisas que considera agradável. A seguir um trecho de sua entrevista:

*(...) mas tem esse outro lado também de você viver a sua vida , tomar um café com a minha mãe, levar meu filho na escola, ir ao cinema com meu marido, essas coisinhas prosaicas que a pessoa no afã de ganhar dinheiro, fazer plantão extra, trabalhar em dois hospitais, não vive (...).*  
(E4)

Muitos dos profissionais entrevistados possuem cargas horárias exaustivas na unidade e também em seus outros empregos. A média de horas trabalhadas semanalmente na unidade é de 35,2 horas e o somatório de todos os empregos dos entrevistados é 62, 4 horas. Sendo assim, podemos notar que a maior carga horária de trabalho é dedicada a Unidade de Hematologia Clínica e TMO. Os profissionais que possuem maior carga horária de trabalho no setor são os médicos que estão no curso de residência chegando a 60 horas semanais. É também de um membro da equipe de medicina o menor número de horas na unidade do HUCFF: 20 horas semanais. Porém, a média de horas trabalhadas semanalmente na unidade pelos médicos é de 40 horas e, em outros empregos a média chega a 75 horas. Um dos médicos refere trabalhar a quantia de 92 horas semanais. A equipe de enfermagem possui uma média de 32,4 horas semanais na unidade e 54,8 horas no somatório de todos os empregos. A profissional da equipe com maior carga horária refere possuir 80 horas semanais.

É importante considerarmos a carga horária de trabalho porque ela pode ser fonte de sofrimento. Levando em consideração a Consolidação das Leis Trabalhistas



(CLT), a qual define a duração normal do trabalho diário em 8 horas sem incluir o horário para as refeições, delimitando o teto de 44 horas semanais, notamos que somente três entrevistados trabalham menos que essa marca, os outros entrevistados possuem uma extensão de trabalho em horas superior e, em alguns casos, mais que o dobro.

E a falta de tempo para outras atividades devido a essa grande parcela de tempo dedicada à profissão é fonte de queixas de dois de nossos entrevistados. Um deles afirma que “(...) *Sobrecarga de trabalho na verdade e, aí, eu ficava muito cansado. (...) Sobra pouco tempo para se distrair, para estudar.*” (E7).

Perguntamos aos oito entrevistados que possuem mais de um emprego, qual deles era considerado o mais satisfatório. Duas das profissionais, ambas da equipe de enfermagem, afirmam que não têm preferência por nenhum, cada um tem suas especificidades. A seguir um fragmento com essa afirmação: “*Não tenho uma preferência. Para mim é igual. São dois setores completamente diferentes.(...) Mas não tem como eu falar que gosto mais de lá do que daqui.*” (E10). E, os outros seis profissionais afirmaram preferir o Unidade de Hematologia Clínica e TMO. As razões foram as mais diversas.

Um profissional atribui a sua implicação maior para o tipo de paciente atendido em unidade pública.

*Eu gosto de ajudar. Geralmente, os pacientes daqui do Hospital do Fundão são pacientes mais carentes, precisam muito mais da gente que paciente particular, de convênio. Então isso, quando eu consigo ajudar os pacientes daqui, me traz um retorno emocional maior.* (E2)

Um outro refere-se a maior qualidade de vida propiciada na atuação como profissional de referência do que como plantonista.

*Queria fazer outro tipo de atuação, ambulatorial, com o doente internado. Foi só, na verdade, uma escolha de qualidade de vida (...).Porque no intensivismo você está sempre em plantão, a vida inteira. Então, ficar só em plantão, achei que a minha vida iria ser muito desgastante.* (E3)

Um outro profissional diz:

*Eu acho que porque eu estou com coração e alma dentro do transplante. Talvez seja por isso. Porque eu gosto do que eu faço. Eu me identifico. É um trabalho que já foi conquistado desde 98, naquela coisinha da sementinha, que você vai plantando, vai plantando, até... (E1)*

A “identificação” é citada por outro entrevistado, como reproduzimos: “*Por sentir que foi o local que mais me identifiquei.*” (E6)

Segundo um entrevistado, ele prefere o hospital universitário, porque pode exercer sua especialidade em hematologia e pelo desafio e prazer de curar patologias graves.

*(...) eu tenho muita alegria de trabalhar no Fundão. Gosto muito de trabalhar no Fundão porque ele está relacionado a minha especialidade, eu me formei para isso. (...) eu tenho uma vocação de tratar pacientes graves. (...) O desafio que é você curar determinadas doenças me traz prazer também. (E8)*

Um dos profissionais refere preferir trabalhar na hematologia do HUCFF, em função de ter tido a experiência pessoal com familiar em sofrimento com o câncer.

*Tem uma coisa pessoal sim, eu tive uma irmã que morreu de câncer, não foi um câncer hematológico, mas eu acabei vivenciando aquela coisa toda e tal. (...). Então, junta as duas coisas o lado científico e o pessoal, eu não sei o que preponderou, não sei te dizer (...). (E7)*

Embora uma profissional refira esse fator como desencadeante de sua implicação profissional com o trabalho na UTMO, encontramos em mais dois entrevistados essa experiência pessoal. Essa dimensão precisa ser considerada em projetos de saúde do trabalhador, pois, pode sustentar quadro de sofrimento no trabalhador caso desenvolva certo padrão voluntarista e missionário em suas condutas profissionais.

### **3.4. Relações institucionais**

#### **3.4.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e os rebatimentos na prática profissional**

No início desse estudo apresentamos um breve histórico da política pública de saúde e abordamos alguns dados a respeito da atual conjuntura do SUS. Agora, mostraremos como essa conjuntura se apresenta no cotidiano dos profissionais da unidade e de que forma influencia em sua prática profissional. Cabe ressaltar que, no roteiro das entrevistas, não tínhamos nenhuma pergunta especificamente a respeito do SUS, mas três entrevistados fazem considerações a esse respeito, em diferentes momentos das respostas.

Um dos profissionais apresenta uma interessante sistematização a respeito da observação de Soares (2000), que os serviços de saúde de alta complexidade (como os que são realizados na Unidade de Hematologia Clínica e TMO) oferecidos pelo Estado são de qualidade superior aos da iniciativa privada. Como já afirmamos,

isso se deve ao fato de que os seguros de saúde privados não oferecem tratamentos de alto custo financeiro.

*(...) se a pessoa não tem um seguro de saúde muito bom, vai levar a pessoa para um hospital ruim, vai ficar sozinho, você não vai ter assistência de enfermagem, muito profissional. Então, o hospital ruim já está fora, convênio ruim já está fora, convênio ruim vem para cá [HUCFF]. (...) Acaba que a realidade da hematologia privada é para pacientes que tem recursos para ter um seguro bom e pagar um médico. É uma área para a classe A e B. (...) Tanto é que tem muito paciente com plano de saúde aqui. (...) Leucemia com plano ruim vem para cá. Eles não conseguem os tratamentos desejados. (E8)*

O entrevistado afirma que o plano de saúde também não remunera bem os médicos, fazendo com que eles também não queiram tratar pacientes com doenças de alta complexidade.

*E os médicos fogem também. Eu fujo. Se bater uma leucemia no meu consultório que não tenha recursos eu trago para cá, porque eu não assumo sozinho não. Porque muda muito a sua qualidade de vida, você ter que sair todo dia e ir ao hospital ver um paciente, assumir uma responsabilidade tremenda de uma doença dessas e ainda pensar assim: 'Eu estou pagando para ver esse paciente.'. Porque R\$30 para você passar numa clínica médica de medicina privada, você está pagando para ver o paciente, literalmente. Então não dá, não compensa. O seguro de saúde é um intermediário que é muito desigual para o médico. (idem)*

Por fim, o profissional critica a postura dos planos de saúde nesse caso, e responsabiliza a Agência Reguladora de Seguros.

*Eu acho que o seguro de saúde tem obrigação de cobrir transplantes e deveria fazer em hospital particular para tirar a sobrecarga do serviço público, que já é muito grande. A pirâmide é assim, o serviço público já pega a base e ainda tem que pegar o meio e o topo também, é errado. (...) E o Ministério da Saúde é comparsa dos seguros de saúde nessa situação. A parceria é interessante para o plano de saúde, que engana a classe média. A classe média acha que está bem coberta e, na hora que precisa mesmo, que é uma coisa mais complexa, vai para a saúde pública. E a Agência Reguladora de Seguros não se mete nisso. (ibidem)*

Outros dois profissionais fazem críticas ao SUS, a seguir reproduzimos uma delas:

*Você vê um hospital público, as pessoas já estão insatisfeitas, ganham mal, tem que fazer milhões de plantões para a pessoa conseguir sobreviver, já vai cansado, já não está muito afim. Chega lá, encontra aquela confusão toda, a pessoa não vai trabalhar bem. (E2)*

Um entrevistado fala da necessidade dos contatos pessoais para que seja possível dar andamento ao tratamento dos pacientes. Que se tratam de “favores, “gentilezas”, reiterando a idéia de política social com um favor, uma dádiva.

*Porque tudo no SUS é pessoal. É ligar para alguém para pedir um favor. Nada funciona sem você atuar ou intervir. Então isso te traz um desgaste emocional enorme. Cansativo não é? Porque você tem que ligar para fulano que você conhece, para fulano fazer a gentileza de fazer mais um favor para*

*você. Na verdade, a gente, o médico se habituou a isso para poder trabalhar. Então isso faz parte do seu dia-a-dia. (E3)*

Em nossas entrevistas, perguntamos aos profissionais se existiam limitações institucionais que influenciavam em sua prática profissional. Ao usar a expressão “limitações institucionais” nos referíamos a todo o tipo de limitação que a instituição poderia impor a prática dos diferentes profissionais. As respostas apresentaram uma maior frequência para a falta de recursos materiais e humanos. Sendo assim, essas limitações não podem ser vista somente como institucionais, mas sim como impostas pela atual conjuntura da política nacional de saúde, como explicitamos anteriormente. Alguns profissionais tiveram essa percepção. Um deles afirma: *“Eventualmente, uso de medicamentos. (...) do ponto de vista de pessoal, de recursos humanos, existe uma limitação. Aquela coisa rançosa do serviço público também de desorganização e falta de dinheiro.” (E8).*

Um outro profissional também relata algumas limitações.

*Várias. (...) Recursos em vários aspectos. Em termos de fornecimento de medicação, fornecimento de leitos, fornecimento de hospedagem para paciente extrahospitalar. A localização também, do Fundão, acho que não ajuda porque é muito longe de tudo, a noite é perigoso. (...) Como uma instituição de alta complexidade, trabalhando em um serviço que precisa de alta complexidade como a gente aqui no transplante, eu acho que é fundamental que você tenha recursos de alta complexidade. Então aqui a gente não tem. A gente tem dificuldade para conseguir remédios, um ecocardiograma que é uma coisa simples, falta reagente para hemograma. Então acho que isso atrapalha muito, atrasa o atendimento, prolonga, complica, te estressa. (...) Você precisa de recursos externos, de particulares, para fazer alguma coisa. A história do Estado prover, a gente, hoje, no Rio de Janeiro, não tem isso. (E3)*

Metade dos entrevistados respondeu que existem limitações e a outra metade respondeu que não. Sendo que todos que disseram não haver limitações são profissionais de enfermagem. *“Nesse setor a gente não encontra limitação, porque o hospital investe.” (E4).*

E, ainda, os que responderam não haver, interpretaram essas limitações como recursos materiais.

Apesar de boa parte dos entrevistados alegarem falta de recursos, eles afirmam que tal fato não chega a atrapalhar significativamente sua prática profissional. Em alguns casos, relatam que as carências de materiais são resolvidas rapidamente. *“(...) aqui dificilmente falta alguma coisa e quando falta, vão atrás. (...) quando falta correm atrás e conseguem da melhor maneira.” (E9).* E quando comparado aos outros hospitais do SUS, a unidade se destaca positivamente.

Pareceu-nos que o fato do HUCFF ser uma instituição pública, as faltas de recursos fossem algo justificável.

*Por ser um hospital universitário, por todo mundo ter interesse científico em cima das coisas, a gente consegue, um pouco, passar as limitações. (...) Quando você trabalha no Andaraí, no Souza Guir aí sim, não tem nada lá e você vê as pessoas, literalmente, morrendo. Aqui, não estamos assim, graças a Deus. (E8)*

De forma geral, notamos que os profissionais possuem como representação da unidade a imagem de uma “ilha” dentro do contexto do SUS, por se destacar positivamente.

Aos que responderam haver limitações, perguntamos se estas limitações afetariam de alguma forma sua motivação para o trabalho, tivemos duas respostas afirmativas e três negativas. Um dos profissionais que responde que sim diz: *“Influencia... Às vezes fico chateado. (...) Mas, tem uma hora que cansa, não é que eu vá deixar de fazer, isso eu não deixo, se o hospital tem problema acho que o doente não precisa sofrer com isso (...).” (E7)*. Um outro afirma que *“Eu acho que tem momentos que você fica farto. Tem momentos que você fala: ‘Não volto aqui mais, que se dane!’ (...) Mas acho que isso é momentâneo também. Quando você gosta, depois você se recupera.” (E3)*. Enquanto um profissional afirma não se sentir desmotivado, na fala seguinte: *“Eu estou acostumado a trabalhar no serviço público. Acho que a minha motivação de trabalhar, acho que não (...).” (E8)*.

#### 3.4.2. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e a Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea na percepção dos profissionais

Neste tópico abordaremos as considerações, apresentadas nas entrevistas, a respeito do HUCFF e a Unidade de Hematologia Clínica e TMO. Como já afirmamos anteriormente, somente três entrevistados já trabalharam em outros setores do hospital. Sendo assim, geralmente, as impressões a respeito da instituição são sempre associadas ao setor em que atuam.

A respeito da Unidade de Hematologia Clínica e TMO, perguntamos como a avaliam como ambiente de trabalho e, três profissionais da equipe de enfermagem avaliam de maneira negativa, uma delas, chegando a afirmar que não gosta do local. *“Pra mim particularmente, eu não gosto e nunca gostei.” (E8)*.

A forma negativa com a qual enxergam seu ambiente de trabalho se deve ao nível de gravidade no estado de saúde dos pacientes e às mortes. Abaixo, um fragmento de entrevista neste aspecto:

*(...) trabalhar na hematologia é complicado, por causa da carga emocional que você fica. Aqui é muito, muito, muito difícil de trabalhar. (...) mas o trabalho que acontece com os pacientes é que realmente é muito difícil. Trabalhar com oncologia eu acho muito difícil porque aqui no setor a gente tem pacientes que internam que são crianças. (...) pra quem é mãe é muito difícil, mãe de criança pequena é muito complicado, você vê a criança chorando que não quer punção, que está vomitando (...). Então é muito triste. (E4)*

Os sete entrevistados que se referiram de maneira positiva ao ambiente de trabalho, levaram em conta diversos critérios para tal avaliação. Sendo que três profissionais mencionam a relação entre profissionais, e entre profissionais e pacientes, que serão tratados adiante em tópicos específicos.

Um profissional relata que *“o ambiente de forma geral é bom. Acho que a gente conseguiu organizar as coisas. O ambiente como um todo, estrutura física, relação entre as pessoas.” (E6)*. E um segundo profissional, também fala da estrutura física: *“Eu acho que aqui tem um espaço físico bom, legal aqui. E é bem administrado. Acho que aqui tem uma estrutura legal.” (E9)*.

Ainda a respeito do ambiente de trabalho, perguntamos aos profissionais como eles avaliavam o ambiente de trabalho frente ao quadro comum de gravidade dos pacientes da unidade, se eles achavam que este ambiente contribuiria ou não no tratamento aos pacientes. Todos os profissionais avaliaram positivamente. *“E acho que contribui para o tratamento, sim. Eu acho que sim. Até mesmo os pacientes comentam, e acham que é particular.” (E10)*. *“Contribui ao atendimento aos pacientes em vários aspectos. Você ter um grupo mais homogêneo, colaborativo, e principalmente, muito profissional como a gente tem aqui, com integração com Serviço Social, Enfermagem, Psicologia...” (E3)*.

Um entrevistado apontou um ponto que poderia ser melhorado, o tratamento aos pacientes *mais carentes*.

*Tem algumas coisas que a gente pode melhorar. Você tratar de doenças complexas, com tratamentos complexos e com pessoas [pacientes] de nível estrutural baixo e com dificuldades financeiras é mais uma variável de complexidade. Então, isso é uma dificuldade que a gente tem. Que a gente está tentando batalhar para melhorar, a excelência da assistência. (E8)*

Foi observado, também, nível de satisfação em trabalhar na Unidade de Hematologia Clínica e TMO. De forma geral, os profissionais ressaltam as características positivas do setor. Ao comparar a unidade com os outros setores do

hospital e aos outros hospitais do SUS, eles chegam à conclusão de que ela se destaca positivamente, tendo uma qualidade superior, como notamos na seguinte declaração: *“Quando a gente trabalha aqui e vai pra qualquer outro setor aqui, você estranha muito, porque aqui não costuma faltar as coisas.”* (E9). Um outro profissional se diz, até mesmo, orgulhoso de seu local de trabalho: *“(...) eu sou orgulhoso de estar nessa unidade, que eu acho muito boa no serviço público.”* (E8).

Novamente, nesses fragmentos podemos ver claramente a representação que os entrevistados possuem de seu local de trabalho. É interessante destacar que essa representação positiva existe em contraponto a representação de caos que os mesmos possuem do SUS.

Dois entrevistados chegam a usar a expressão “menina dos olhos do hospital”, como reproduzimos a seguir: *“(...) o hospital investe, até pelas próprias instalações, você vê que isso aqui é tipo menina dos olhos.”* (E4).

Segundo dois profissionais, até mesmo os pacientes e os profissionais de outros setores do hospital se surpreendem com a estrutura da unidade, que é diferente do que se encontra em hospitais da rede pública. Um profissional afirma que este estranhamento acontece e ele tenta esclarecer os pacientes:

*Tem paciente que são mais humildezinhos, estão internados no 9º andar, 10º andar, e vêm pra cá e vê o ambiente mais bonitinho, eles já acham que isso aqui é hospital particular. (...) Eu disse: ‘Não! Aqui é SUS. Todo mundo tem direito, todo mundo tem o mesmo valor.’. Justamente por causa da estrutura. Até mesmo os nossos próprios colegas lá de fora [do resto do HUCFF] acham que aqui é particular.* (E4)

Também já presenciamos tal questionamento por parte dos usuários, algumas vezes, nas entrevistas sociais, eles mostravam-se preocupados se seria necessário algum tipo de pagamento pelo tratamento, nos perguntavam se estavam em uma instituição privada. Tal fato nos mostra que a representação do SUS para a população em geral, é de um serviço com péssima estrutura física e atendimento precário. Representação esta que, de fato, apresenta um solo concreto, visível nas unidades da saúde pública, salvo em algumas exceções como a Unidade de Hematologia Clínica e TMO.

Uma consideração interessante é apresentada por um dos profissionais que participaram da elaboração do projeto da unidade que foi inaugurada em 1998 no 8º andar. Antes, como já afirmamos, os transplantes e tratamentos aconteciam no 10º andar. Trata-se da preocupação com a arquitetura que levou em consideração a orientação da cromoterapia, visando o bem-estar dos pacientes e profissionais.

*(...) o fato da arquiteta ter vindo com todo esse conceito de cromoterapia então, tem essa coisa das cores serem mais relaxantes [paredes pintadas de lilás, portas cor de rosa]. Não são aquelas enfermarias enormes, cheias de pacientes [os quartos do Transplante são individuais, e os da Hematologia são duplos], todo mundo grave olhando um para o outro. (...) Quando viemos para cá no 8º, na época da planta, eu falei para fazermos uma sala de reunião, e de repente a gente pode usar para sala de confraternização, para poder ter espaço. Porque senão é só no trabalho, só trabalho. E aí a gente conseguiu organizar dessa forma, tem uma copinha que as pessoas vão para comer, tem essa área aqui de fora [a área externa da unidade, que tem vista para a Linha Vermelha, Ilha do Governador, logo na porta de entrada], que eu bati o pé com o arquiteto: 'Você não tem noção do que é ficar cuidando desse tipo de paciente. Às vezes você quer ver rua, quer ver sol.'. No 9º ainda é assim, no 9F, a sua circulação é toda por um corredor de paredão. Eu falei já que a gente não tem algumas coisas, pelo menos a gente vai ter sol, vai poder ver lá fora, vai poder olhar a rua. Os próprios pacientes não podem sair, mas a recepção é toda de vidro, então eles ficam lá olhando para a rua. Pelo menos é alguma coisa, para poder dar uma relaxadinha. (E6)*

Enfim, notamos que dentro de um contexto de corte de gastos no SUS, a unidade consegue prestar um bom atendimento aos pacientes e é considerado pela maioria com um ambiente de trabalho agradável.

### 3.4.3. Relação entre profissionais

Ainda no âmbito da Unidade de Hematologia Clínica e TMO, discutiremos o relacionamento entre os diferentes profissionais que compõem a equipe. Consideramos esse aspecto importante porque acreditamos que os conflitos internos poderiam gerar dificuldade no trato ao paciente e ser uma fonte de insatisfação e sofrimento. Um dos profissionais ressalta a importância da equipe ser colaborativa entre si.

*Porque se você entra num local que já começa um plantão que o enfermeiro não está com vontade de trabalhar, você depende dele, você vai começando a ficar cansado. Cada um tem sua função, se um deixa de fazer vai sobrar para alguém. Aí daqui você está insatisfeito, porque está fazendo a mais. Então aqui não tem médico fazendo mais ou menos, cada um cumpre sua função. Por isso que funciona bem. (E2)*

Um outro entrevistado relata que a boa relação entre os profissionais beneficia os pacientes. *“E acho que isso traz o conforto para o paciente. Ele se sente abraçado, ele sente que a equipe é muito uniforme, então ele se sente mais seguro no que ele está fazendo.” (E3).*

No momento da entrevista todos afirmaram se relacionar muito bem com os outros profissionais. *“Ótima, excelente, comunicação boa. Todo mundo em prol do paciente.” (E4).* Um segundo entrevistado afirma que eles realmente realizam



trabalho em equipe: “(...) eu acho que, de todos os locais que trabalhei dentro do hospital, o local que se fala de trabalho em equipe e que realmente, concretamente a gente faz (...).” (E1).

Entretanto, dois profissionais citaram problemas que, segundo eles, se devem ao fato do HUCFF ser uma instituição de ensino, como transcrito a seguir.

*o Fundão tem a característica das pessoas terem muito brio. O peso da universidade federal, te traz uma obrigação de ser o melhor e isso faz com que você tenha problemas mesmo. (...) Pra você se manter onde você está, você tem sempre que provar que é o melhor. Então esse é o peso da federal, esse é o peso clássico.(...) tem sempre a obrigação de formar os melhores. Eu acho que dentro do serviço sempre tem os brios. Há brigas por causa disso. Mas se você souber superar isso... (E3)*

Outro profissional afirma algo parecido: “Tirando os “professorismos” que a universidade gera, a universidade federal, e algumas dificuldades de relacionamento, de aproximação (...).” (E8).

Ainda em relação aos problemas de relacionamento que podem surgir, um profissional relata como são resolvidos.

*(...) a gente procura ajudar, quando tem alguma intriga, quando tem alguma fofoca, alguma coisa assim, a gente procura sempre tentar conversar. Quando tem algum problema eu sempre chamo as pessoas envolvidas e procuro incentivar isso. (...) A gente procura manter um clima harmonioso. Às vezes tem umas encrencas, mas, de uma forma geral, é procurar entender o outro lado, um procurar ouvir o outro, resolver os problemas justamente para não ter mais um fator de desgaste envolvido nessa questão. O setor é fechado, as pessoas ficam muito tempo aqui dentro, a convivência é muito estreita, às vezes na sua casa você não passa tanto tempo olhando a cara da mesma pessoa durante tanto tempo quanto você passa no ambiente de trabalho, então às vezes tem uns problemas. (...) De uma forma geral, o clima é tranquilo. (E6)*

Ainda segundo a fala deste profissional, podemos concluir que o estado de saúde dos pacientes, já se coloca com um fator de desgaste, e procura-se ao máximo fazer com que o relacionamento intra-equipe não seja mais um fator.

*Porque o trabalho com o paciente já é muito desgastante, então se você ainda cria uma condição de trabalho ruim, tumultuada, com muito problema, acaba dificultando mais ainda. (...) É procurar resolver para que não seja um fator a mais de stress para as pessoas. (idem)*

Dois membros da equipe de medicina ainda falam da importância do trabalho em equipe no que se refere à tomada das decisões em relação ao tratamento adotado, como relatado no seguinte trecho: “Aqui a gente tem a vantagem de ter mais de 20 médicos. E isso é decidido em conjunto, então você também não fica tão responsável. Diferente de você trabalhar fora que é você e mais outro ou sozinho (...).” (E2).

Segundo eles, facilitaria, pois existe menor chance de erro e o apoio é fundamental para que não haja dúvida ou a culpa no caso do tratamento não sair como esperado.

*Aqui você tem uma possibilidade maior porque tem um grupo decidindo. Se há alguma divergência no grupo, se opta sempre por se fazer tudo, então acho que o peso é menor. E, às vezes, você acompanha o doente a vida inteira, e você passa o caso e você acha que não tem mais nada pa fazer e o grupo acha que ainda tem alguma coisa para fazer, então é feito. Acho que dilui. É mais difícil quando sou só eu que tenho que decidir o que vou fazer, é muito pesado. (...) para você não ficar culpado. (E3)*

Outro profissional cita importância do bom relacionamento entre equipe nos momentos difíceis no trato aos pacientes. Afirma que a equipe costuma ser solidária nesse ponto e também quando ocorrem problemas pessoais com os profissionais.

*Às vezes, a gente vê paciente mal e o pessoal vem para cá para minha sala e pergunta: 'Posso ficar um pouco aqui?', e eu digo: 'Pode.'. Aí entra, chora, chora, chora. (...) Às vezes, eu chego aqui cheia de problema e falo: 'Quero conversar com alguém. Ai, vem aqui conversar comigo!'. Eu acho que isso é importante, as pessoas saberem que tem uma pessoa que elas podem falar. Às vezes, vir de casa com um problema e chegar aqui e viver os problemas da família. (...) Conhece a história do pai, conhece a história da mãe, conhece a historia da criança. Acompanha tudo isso de pertinho. (E6)*

Notamos nas falas dos próprios profissionais, que pequenos conflitos profissionais existem em qualquer ambiente de trabalho, e na Unidade de Hematologia Clínica e TMO não seria diferente. Porém, como eles mesmos afirmam, esses conflitos são resolvidos de forma pacífica e não se tornam entraves ao trabalho, nem atrapalham o atendimento ao paciente. Os profissionais possuem uma representação de uma equipe uniforme, unida, para enfrentar os graves quadros de saúde dos pacientes.

A união entre os profissionais e a postura de evitar problemas de relacionamento ou, quando surgem, tentar resolvê-los, pode ser encarada como uma estratégia defensiva, um mecanismo de defesa contra o sofrimento.

#### 3.4.4. Relação entre profissionais e pacientes

No capítulo anterior falamos um pouco a respeito da relação médico/paciente usando como referência Boltanski (1989). Agora, aprofundaremos esse assunto e trataremos da relação paciente / profissional, sem distinção de categoria profissional, de acordo com as declarações contidas nas entrevistas.

Perguntamos aos nossos entrevistados como se dava a relação entre eles e os pacientes da unidade. As respostas foram as bastante diversas, mas de maneira geral todos afirmaram que as relações são boas. Um profissional afirma: “(...) *a gente tem uma relação muito boa com os pacientes daqui. Deles terem o telefone, 24 horas, para ligar. (...) eu acho que a relação é a melhor possível.*” (E2). Um outro entrevistado diz: “*Ah, é ótimo. Eu sou até gozador. Eu brinco com eles. Me dou muito bem.*” (E8).

Cada profissional apontou uma particularidade presente nessa relação. Onde já podemos notar algumas características do vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes. Um entrevistado relata que os pacientes acabam envolvendo a equipe: “(...) *geralmente você se apegar. (...) tem uns pacientes que chegam, aqui e eles têm um carisma muito grande, e você se envolve. Eles sabem te envolver. Tem paciente que vem aqui, traz bolo, conversa, bate papo...*” (E3). Um outro afirma que conhece os pacientes e seus familiares por nome: “(...) *uma boa parte dos doentes aqui nós conhecemos pelo nome. A gente conhece o nome da família, a gente conhece a família e eles conhecem a gente (...).*” (E7)

Em um dado momento da entrevista, pedíamos aos entrevistados que nos apontasse um paciente que mais marcou sua atuação profissional. Nesse momento, notamos que realmente se estabelecem, em alguns casos, relacionamentos de amizade e carinho. Sendo que dois profissionais chegaram a se emocionar ao lembrar esses pacientes. “*Então cria um vínculo de amizade muito grande com os pacientes.*” (E8).

Um profissional afirma que estabelece relação pessoal com alguns dos pacientes, chegando a ter contato fora do hospital. “(...) *Não é só profissional, é uma relação de amizade, quando eles estão aqui eu procuro ser amiga, tem alguns que eu tenho contato fora também (...).*” (E5).

Três profissionais afirmam que, em alguns casos, se estabelece uma relação de família entre eles. A seguir um fragmento que explicita esse aspecto:

*E a M.J. teve um envolvimento tão grande conosco, que ela começou a achar que a família real dela era a equipe da Hematologia. Ela participava do grupo, e era como se cada membro do grupo fosse um irmão dela ali dentro. (...) Quando ele fez um ano de transplante, que é uma coisa rotineira e comum, na última reunião teve isso, ela fez... Ela trabalhava como balconista de uma padaria, e ela trabalhou não sei quantos dias para conseguir uma torta. E trouxe essa torta no dia que ela fez um ano de transplante para comemorar o aniversário com a família, que a suposta família dela éramos nós. (E1)*

No trecho que se segue, podemos notar que este sentimento não parte somente dos pacientes, os profissionais também correspondem, e passam a considerá-los como membros da família. Passam a se envolver emocionalmente e torcer para que fiquem curados. Um entrevistado conta um caso de um paciente que conhece há aproximadamente 7 anos. Ele afirma considerar o paciente um filho, tamanho o carinho que tem por ele.

*Eu tenho um filho aqui. V., ele veio com 15 anos, e já tem um tempo. Lembro-me direitinho, eu estava no plantão. (...). Então, ele chegou, ele e o pai, em choque. Um garotão, tipo os meus meninos [filhos] assim. (...) Já chegou aqui muito grave, precisava botar um soro e entrar em quimioterapia naquele mesmo dia. Quer dizer, você receber o diagnóstico e saber que tem que começar a tratar no mesmo dia é uma situação complicada. Essas coisas marcam demais da conta. Eu sentei na cama, comecei a explicar a ele como era a doença, como era o tratamento, que iria precisar pegar uma veia para fazer quimioterapia... Aí, ele me olhou e chorou. Chorei eu de um lado e ele do outro.. Interna, emagrece, não engorda, o cabelo não cresce. E hoje, ele está com 22 anos e está fazendo faculdade de biologia. Continua morando em Campos, está namorando, muito bem, obrigado. E quando for a formatura dele eu vou a Campos. Ele vem pelo menos uma vez por mês aqui. Aí, quando eu abro a porta e vejo que ele está ali [na sala de espera], ele levanta, vem e abraça. E é muito doído isso. Porque a gente acompanha muito de perto e é muito dolorido. Com ele, foi assim. E ele fica assim: 'Você vai na minha formatura?', e eu digo: 'Vou'. (...) Aí eu olho para ele e ainda vejo aquele menino que chegou aqui com aquele olho arregalado, e que olhou pra mim assim. (...) ele virou filho do coração. (E6)*

Cabe destacar que essa relação entre profissionais e pacientes ser tão intensa e próxima é importante para entendermos porque os profissionais sofrem com o grave estado de saúde e com o falecimento desses pacientes. Devido ao laço estabelecido, o sofrimento vivenciado pelos pacientes é encarado pelos profissionais como se fosse com alguém de sua própria família.

Com alguns pacientes, os profissionais criam sentimentos de admiração, pelo modo como enfrentam a doença. Sendo que um mesmo paciente foi citado por dois profissionais. Reproduzimos abaixo uma das falas sobre este paciente.

*Mas se você me perguntar qual o paciente que eu lembro freqüentemente, que é um exemplo de vida para mim, é o da M. (...) que é uma pessoa de bem com a vida. Além de ela ser uma pessoa ótima e a gente querer muito que ela fique curada da doença, que é uma doença, hoje, considerada incurável na medicina, só com transplante. (...) Ela foi para o transplante super demorado, foi difícil o transplante. Saiu do transplante ela recaiu. Então quando ela recaiu, o grupo [de profissionais] inteiro ficou bastante baqueado, porque a gente falou: 'Agora vai morrer mesmo. Vamos reinduzir [tentar novamente o transplante]? Vamos fazer o que?'. Acho que foi uma decisão extremamente difícil para o grupo tomar, se a gente iria paliar, o que a gente iria fazer com ela. E a gente acabou optando, pela idade dela, em reinduzir. E ela fez uma coisa nunca descrita pelos livros, pelo menos eu nunca vi, que foi quando a gente reinduziu a leucemia, quando ela recuperou, ela recuperou com a medula do irmão. Então ficou*

*curada. (...) Então o caso dela, para mim foi uma lição de vida, eu acho. Até hoje me marca. Ela está com algumas complicações do tratamento, mas vive muito bem. Ela vive muito bem, ela encara a vida de uma forma muito legal. É aquele tipo de paciente que você tem aquela empatia, que você quer muito que fique curado, que fique legal. (...) E ela não, ela é bem humorada, de bem com a vida. Ela merecia realmente ficar muito bem. Então eu acho que isso foi um presente para o grupo, esse caso. (E3)*

Um outro profissional também fala com admiração de um paciente, pela sua força de vontade e pelo modo como incentiva os outros pacientes na mesma situação.

*É um paciente com leucemia mielóide crônica, carente, de poder aquisitivo baixo, mas tem muita força de vontade, tremenda força de vontade, ajuda todo mundo. O M. é uma pessoa nota 10. Você vê que ele faz questão de incentivar os outros pacientes. Passou por momentos difíceis, teve doença enxerto, o transplante dele foi terrível também. E está aí, está curado, mas com doença enxerto. Quanto a querer vir a reunião, querer participar, querer incentivar os outros pacientes, eu acho isso muito legal. (...) E tem esse lado positivo de querer ajudar os outros. Muitos também fazem vão embora, e não querem nunca mais vir aqui. (E8)*

Um entrevistado afirma que esse vínculo é fonte de sofrimento. Que este envolvimento faz com que a convivência extrapole o âmbito profissional e, sendo assim, quando o paciente vai a óbito, os profissionais sentem-se tristes e fragilizados. Em alguns casos, preferem não presenciar a morte, para que não sofram com este momento.

*Agora o que acontece é que o convívio da gente com os pacientes às vezes é longo, porque a pessoa vem aí faz um ciclo de quimioterapia, aí fica aqui um tempão. (...) Nesse meio termo você vai conhecendo a família do paciente. E o que seria assim uma relação só profissional acaba extrapolando um pouquinho para o pessoal, porque aquela pessoa te conta sobre a vida dela, dos anseios dela, dos medos, das alegrias que ela teve ao longo da vida. Teve uma paciente que morreu aqui, a J. (...) Ela ficou quase um ano aqui convivendo com a gente. Quando ela faleceu, eu estava pedindo a Deus que ela não falecesse no meu plantão, porque eu não queria estar aqui no dia do falecimento dela, porque com certeza eu iria sentir muito. E fui atendida, eu não estava aqui no dia do falecimento dela. Mas fiquei sabendo que foi uma choradeira danada. Teve que vir uma pessoa de outro setor para fazer o preparo do corpo, porque as colegas não estavam em condições emocionais de fazer o preparo do corpo. Quando foi no Natal a mãe dela veio aqui trouxe um negócio pra gente comer. Quer dizer, mesmo depois que o paciente vai a óbito você ainda se relaciona com os parentes, com a família, então é impossível numa data como o Natal eu não me lembrar dela que já faleceu e da mãe dela que está viva. (E4)*

Para evitar tal sofrimento no caso de morte dos pacientes, três profissionais afirmam que evitam estabelecer vínculo. No trecho a seguir, afirma-se que era melhor que não se estabelecesse um vínculo, mas por ser um hospital onde os pacientes fazem longos tratamentos, e a convivência é por um grande período de tempo, é muito difícil evitar um relacionamento. “Eu preferia que não tivesse este

*vínculo. (...) Se eu conseguisse sim, seria o ideal, mas eu não consigo não estabelecer. Tem aqueles que você se identifica mais.” (E5).*

Enfim, com base nessas declarações, notamos que se estabelece um vínculo entre equipe e profissional, como já havíamos afirmado no capítulo 2. Segundo as declarações apresentadas nas entrevistas, esse vínculo se torna benéfico ao paciente que se sente acolhido, *“(...) a equipe como um todo, criam laços importantes, porque o doente confia em você. (...) Isso ajuda pra caramba! (...) Hoje, por exemplo, uma paciente me falou assim: O senhor é um anjo!” (E7).* E também para os profissionais, que enxergam que o que está diante deles não é somente um corpo que precisa ser curado, mas uma pessoa que precisa ser vista em sua totalidade, que precisa ser ouvida e participar das decisões no processo de tratamento.

Porém, como afirmam nas entrevistas, o relacionamento mais estreito com os pacientes acaba causando sofrimento aos profissionais.

### **3.5. Relação com a morte**

*As pessoas lidam muito mal com a situação de morte (...) de uma forma geral, a gente tem uma dificuldade muito grande de aceitar o que, na verdade, faz parte da vida. (E6)*

A discussão acerca da morte se traça no plano subjetivo, portanto, notamos que cada um a encara de maneira diferenciada, tornando-se um dos fatores que mais angustiam os profissionais de saúde, já que acaba se tornando um embate – no caso da Unidade de Hematologia Clínica e TMO, este embate é freqüente - com o processo de cura visado por todos os membros da equipe.

Nesse sentido, todos os entrevistados mencionam ser muito difícil encarar o óbito de um paciente.

*(...) se você analisar essa especialidade de oncologia e hematologia, você vai ver que sobra vaga para médico, enfermeiro, ninguém quer trabalhar com isso. Nem todo mundo suporta ver. Eu, hoje em dia, eu consigo lidar um pouco.... bem não, mas assim eu consigo aceitar algumas coisas. Demora para você fazer isso. Então, você, às vezes, cria um escudo, de parecer um pouco mais frio, para tentar não se envolver. Mas dependendo do paciente, paciente mais jovem, às vezes, você não consegue, você sofre. Não vou mentir que não sofre. Você sofre. Mas você tem que criar mecanismos de aceitar a morte. (E 2)*

Notamos nesse trecho que o profissional menciona criar mecanismos para aceitar melhor a morte e justifica sua afirmativa com o fato de estar a mais tempo no

setor, portanto, podemos a partir dessa leitura, perceber que o enfrentamento com a morte é representado de maneira distinta entre os profissionais, já que alguns apesar de estarem no setor há algum tempo, não conseguem ainda absorver a questão da morte com naturalidade.

No trecho a seguir podemos notar que o óbito abala emocionalmente o entrevistado, fazendo com que leve tais sentimentos para casa, já que se torna muito difícil separar o que ocorre no ambiente profissional da vida cotidiana.

*Me sinto mal, mal. Não dá para encarar com naturalidade. Nunca dá. Ainda mais quando é um paciente jovem que você sabe que a vida dele foi abreviada. Ainda mais quando você sabe que foi pelo transplante, aí eu me sinto péssimo. Pelo transplante ou pela doença-enxerto, que é uma complicação relacionada. O cara passou pela internação e vem a morrer por uma doença causada pelo transplante, tentando tratar. Me sinto muito mal. Levo isso para casa. Infelizmente, não consigo enterrar isso aqui completamente. (E8)*

Um outro profissional relata sua angústia em lidar com esse fator:

*É sempre ruim. Porque você sempre tem uma idéia, embora que seja uma puramente idealização, que você vai fazer a diferença, que você vai ser a pessoa que vai fazer a diferença. E acho que no início é mais difícil, começar a atuar. Porque a morte é o confronto com a sua incapacidade. É o confronto com a sua derrota. O seu projeto não deu certo. (E3)*

Verifica-se novamente a representação da morte como um fracasso, como incapacidade.

Três profissionais afirmam possuir dificuldade no trato com a morte, mas relatam saber que precisam se acostumar com a questão e aprender a lidar.

*(...) infelizmente você tem que se acostumar com isso. E não tem como a gente ser diferente, até porque a gente tem que ser mais forte que eles. No início era mais difícil, agora eu já me acostumei mais com isso, eu sei que isso pode acontecer. (E9)*

Essa forma de representação nos apresenta a dificuldade de enfrentamento com a morte que vai amenizando de acordo com o tempo de trabalho na unidade, soa como se o profissional se habituassem, criando mecanismos de defesa ao longo do tempo. “Como eu encaro o óbito? A gente fica triste, óbvio! (...) Mas assim, eu aprendi a lidar razoavelmente com isso, obviamente você sofre, fica meio chateado principalmente quando você tem uma ligação maior com o doente, fica chateado (...)” (E7)

Também notamos distinções na representação da morte entre as categorias profissionais, na medicina, por exemplo, existe uma maior culpabilidade, alguns dos nossos entrevistados afirmam que fazem um retrospecto em sua atuação para terem

certeza de que não erraram em algum aspecto que pode ter levado o paciente a óbito, como vemos a seguir.

*(...) dependendo do caso e da situação, sempre que morre um paciente seu, você pára e você reflete se você poderia ter feito alguma coisa de forma diferente. Se alguma das suas opções ao longo do caminho poderia ter sido diferente para aquilo não acontecer. (E3)*

Como o médico detém a autoridade sobre os procedimentos biomédicos, sobretudo os de alta complexidade, a emergência do seu sofrimento diante da perda do paciente possui uma representação de pode-lhe parecer como “culpa” e “fracasso”. Podemos notar tal fato, em entrevista realizada com um profissional, quando mencionada a questão do óbito de um paciente:

*(...) a morte é o confronto com a sua incapacidade. É o confronto com a sua derrota. O seu projeto não deu certo. Essa que é a verdade. (...) então dependendo do caso e da situação, sempre que morre um paciente seu, você pára e reflete se você poderia ter feito alguma coisa de forma diferente... Se alguma das suas opções ao longo do caminho poderia ter sido diferente para aquilo não acontecer. (E3)*

Acreditamos que esse tipo de questionamento ocorra devido à academia não contemplar a prática profissional em muitas situações, em especial no trato com a morte, deixando tal sensação (no profissional) de culpa em determinados momentos.

*Às vezes você fica assim, natural. “O que será que eu fiz de errado?”. Mas você pára para analisar, não teve nenhum erro, tem essas dificuldades que existem no hospital. Eu fico pensando e seu tivesse isso ou aquilo, será que mudaria? Provavelmente não! Mas assim, eu aprendi a lidar razoavelmente com isso, obviamente você sofre, fica meio chateado principalmente quando você tem uma ligação maior com o doente, fica chateado (...). (E7)*

Esse tipo de sentimento não foi encontrado em outras categorias profissionais.

Os enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares presenciam de forma mais intensa o sofrimento dos pacientes em cada etapa do tratamento até o momento do óbito, são eles os responsáveis pelo preparo do corpo e os que mais tempo passam com os familiares nesse momento, portanto, o lidar com a morte frequentemente é vivenciado de forma distinta. A família é muito mencionada por esses profissionais, levando-os muitas vezes ao desgaste físico e emocional.

*(...) E, às vezes, o desespero da família é muito complicado, muito delicado. Já vi pessoas gritando, doidas, desesperadas, desesperadas, e você tenta acalmar e não consegue e as pessoas ficam desesperadas. É muito complicado. Teve uma menina que faleceu e a mãe me agarrou (...). E ela não queria que desligasse o respirador porque achava que a filha estava viva e eu não podia desligar o respirador porque ela me agarrava para não desligar. Foi uma coisa doida mesmo. Aí entrou o D. [médico],*



*ajudou, porque ela não conseguia ver que a filha tinha morrido e o respirador estava ali para nada. Complicado. (E8)*

Para um outro entrevistado acaba sendo um fator de sofrimento, presenciar de forma tão intensa a dor de um pai ou mãe ao perder um filho.

*Para mim não existe dor maior uma mãe perder um filho e eu lido com isso toda hora. Interna aqui muito adolescente, criança. Não é só a morte do paciente, é o sofrimento da família, da mãe. (...) depois que o paciente morre que a família fica ali do lado, vocês não queiram saber que coisa horrível que é. Teve uma paciente, a M., morreu cega, a mãe dela deu um ataque aqui, perfeitamente compreensível, a mãe dela ficou desesperada. Quer dizer além de você lidar com a morte do paciente, você ainda tem que lidar ali com o sofrimento da família. Você ainda fica ali constrangido em lidar com os familiares que não param de chorar. (E4)*

Nota-se nesse trecho a angústia desse profissional que afirma ser muito difícil encarar a morte do paciente e ainda ter que lidar com os familiares que estão enfrentando esse momento delicado. Para esses profissionais a morte possui uma representação de dor, desespero, causando-lhes angustia e não sensação de fracasso e impotência como referem os médicos.

Três dos profissionais entrevistados relataram passar por situação semelhante de adoecimento na família, o que os leva a encarar a morte dos pacientes de uma outra forma e ainda entender melhor a posição da família diante da morte de um ente querido.

*Eu perdi um irmão com câncer, já tem uns cinco anos, logo que eu me formei. Ele teve um câncer ósseo. Descobriu em 2000, fez quimioterapia, a doença melhorou, mas voltou em 2001 e ele morreu. Como familiar, você também estar do outro lado, foi uma coisa muito ruim para mim. Eu tinha acabado de me formar também. E dá muito desespero. Por outro lado, eu acho que isso também me fortaleceu um pouco. Se eu tinha algum medo, o medo acabou ali. Você ver um irmão morrendo de câncer, e os pacientes daqui que eu não tenho nenhum vínculo familiar ou de sangue, também sofro mas, assim, não vai ser pior do que eu passei. (E2)*

Um dos nossos entrevistados afirma que seu olhar se tornou diferente, como um fator de não distanciamento e de uma percepção maior do sofrimento da família: “Então eu vejo as coisas de uma maneira diferente. A tendência é você não ficar tão distante. No meu caso o que aconteceu foi isso, eu não ficar tão distante.” (E7).

Um dos fatores marcantes quando perguntamos aos profissionais sobre como se sentem ao lidar com o óbito dos pacientes, foi que esses confirmaram o que nós sentimos quando estagiamos no setor: a dificuldade em presenciar a morte de pacientes jovens e crianças. Quatro profissionais afirmaram ter maior dificuldade em lidar com pacientes mais jovens. “Mas os pacientes que me marcam muito são os

*pacientes mais jovens, quando você vê um adolescente ou um paciente bem jovem já com tumor terminal é mais triste. Realmente você se envolve mais.” (E2).*

Notamos ainda que o fato dos pacientes enfrentarem longos períodos de internação os profissionais acabam estabelecendo um vínculo forte, como dito anteriormente e estabelecido como hipótese, esse fator acrescenta um maior sofrimento aos profissionais quando ocorre o óbito, somado ao fato da grande incidência de problemas onco-hematológicos em pacientes jovens.

Nesse sentindo, percebemos no trecho a seguir de um de nossos entrevistados, que o vínculo estabelecido o leva a sofrer mais quando o paciente vai a óbito, o que não ocorre, segundo o mesmo, em determinados ambientes de trabalho onde esse vínculo não ocorre frequentemente.

*(...) eu já trabalhei em hospitais que assim, ela entra, aí ela vai fazer uma cesariana, vai embora feliz com o bebezinho no colo, aí entra um senhor que vai fazer próstata, entra o outro hérnia, eles vêm e vão, é curta permanência, agora você lidar com uma pessoa 1 ano não tem como você não se relacionar com ela, é muito tempo, eles vão e voltam. Já em outros lugares é curta permanência, não é que não tenha óbito, mas não deu tempo de estabelecer um vínculo. Não deu tempo de você se relacionar com ele, não é que você não sinta, mas você não estabeleceu um vínculo, nem lembra do nome da pessoa, você sentiu é uma vida humana, mas não dá tempo de você fazer amizade. Agora aqui não, você convive com o paciente um ano, não tem como não se relacionar com o paciente. (E4)*

Um outro entrevistado menciona que “dói” mais quando esse vínculo é estabelecido e o paciente vai a óbito, como vemos a seguir:

*Quando o paciente está há mais tempo eu sinto, eu fico triste, mas quando é assim o paciente que veio chegou há pouco tempo e foi a óbito já não dá pra sentir, você não conviveu muito tempo, não acompanhou o sofrimento ou então quando ele já chega grave. Agora quando o paciente está bem, fica grave e evolui para óbito aí não dá aí dói um pouquinho mais. (E5)*

Enfim, o enfrentamento da morte se dá de maneira individual, cada profissional a enxerga de uma maneira. Não há preparo na formação profissional para tal situação e nem uma representação homogênea na equipe. Um profissional relata a dificuldade enfrentada por todos, que poderia ser amenizada com a discussão do assunto ainda na formação profissional.

*O pessoal da medicina não é preparado. Acho que ninguém é.(...) Acho que mais importante que falar que tem que enfiar algodão na boca, no nariz, no ouvido, em tudo quanto é buraco, e vira o corpo pra lá e bota atadura aqui, atadura ali, é discutir de que forma as pessoas vivenciam isso e trazer isso para a discussão do grupo, no momento que eles estão entrando no hospital e ter uma experiência mais próxima com isso. Porque até então é a escola, posto de saúde. E aí chega de manhã no 9C, 9D, na cardiologia, que são os campos de estágio. Aí, alguém diz: ‘Morreram dois essa noite.’, e as alunas ficam assustadas. (E6)*

### 3.6 Relação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas

O questionamento que fizemos no item 2.2.1, quanto ao sentimento que assola os profissionais de saúde sobre o que fazer aos doentes fora de possibilidades terapêuticas, se confirmou nas entrevistas. Todos mencionaram não saber lidar de maneira natural com a não possibilidade de cura dos pacientes.

Quando questionado a esse respeito um dos entrevistados nos relatou que passou por “fases” em relação a saber lidar com essa questão, todas contempladas na prática.

*Ah, esse é sempre mais difícil. Acho que eu, parando hoje, eu tenho pouco tempo de hematologia, são 5 anos só, que é muito pouco tempo para eu dizer assim. Mas se eu parar hoje para pensar minha trajetória, acho que eu passei por fases. Eu acho que eu tinha a fuga no início, não queria, queria fugir desse doente o máximo que eu pudesse. Acho que a maioria dos profissionais fazem isso, que é fugir. Depois eu constatei que isso era uma desumanidade, não podia agir dessa forma. Porque isso vinha no pacote do que eu escolhi para minha profissão. Então, passei por um período onde eu abraçava demais também, ficava com pena o tempo todo. E hoje eu encaro de uma forma diferente, eu tento encarar com pena, com humanidade, mas é destino. (E3)*

O que podemos apreender desse trecho é que esse profissional deixa claro como foi a sua trajetória, até obter um enfrentamento mais humano em relação ao paciente fora de possibilidade terapêutica. O trecho a seguir é uma continuidade da mesma entrevista, onde o profissional coloca a necessidade de dividir a sensação de culpa com um outro alguém, referindo a Deus e ao destino o fato de não poder fazer com que o paciente se cure. Tal fator foi mencionado por mais três entrevistados, onde afirmam ter a consciência de não ser Deus, portanto não ter a capacidade de salvar um paciente que já não tenha sua cura assegurada pela ciência “*chega um momento que você não tem mais tratamento curativo: ‘vou curar o tumor dele’.* Você baixa a sua bola, que você não é Deus.” (E2).

*Talvez isso tire um pouco a culpa de você, passa para mais alguém. Você não pode fazer mais nada. Então o que hoje eu procuro é estar sempre disponível, deixar bem claro que eu estou disponível, que eu estou ali para ajudar. E o que eu puder fazer para abreviar o sofrimento, abrandar aquele sofrimento até o dia final. Eu tento fazer sentir que ele não fique abandonado. Porque, no meu início, eu parando para pensar, eu sinto que eu deixava abandonado e eles se sentiam assim (...) E tento ajudar o máximo que eu posso nessa passagem dele. Pra onde realmente eu não sei [a passagem]. Que ele resolva os problemas dele. Sou muito franca também. Se o doente perguntar muito claramente eu vou dizer pra ele. Eu tento sempre ser muito franca, porque mentir é sempre a pior saída. Até porque você não permite que a pessoa resolva os problemas dela. Então você vê gente que está morrendo e queria ter resolvido um monte de*

*outras coisas. Então eu não acho humano da minha parte, como muita gente faz, enganar. Dizer que vai resolver, melhorar. Eu sou muito clara, quando eu vou paliar um paciente, eu sei que tem paciente que às vezes não gosta. Eu tento falar com jeito, mas eu deixo bem claro que eu vou paliar, que não estou propondo mais nada de cura para ele. Que está complicado e que a gente vai resolver um problema de cada dia, para não criar uma expectativa de 'quanto tempo'. Também nunca dato. O paciente sempre pergunta: 'quanto tempo de vida eu tenho?'. Eu falo isso pra Deus cabe. Tem paciente que viveu um mês e paciente que viveu dois anos e estavam condenados. Acho que não cabe a mim resolver. Porque a medicina não é sempre exata, não adianta eu achar que eu sei. Tudo depende muito do estado de espírito do paciente, tem paciente que quer continuar vivendo, que tem coisas, que quer viver. E esse você vê que prolonga, têm outros que você diz que não tem mais o que fazer e ele morre em um mês, é o que ele queria. Tentar mostrar para o paciente que tem que dividir responsabilidades, e ele tem que entender que é uma opção dele e que eu vou estar com ele na opção que ele resolver. Se ele achar que ele tem que morrer em um mês que ele não deve fazer mais nada, eu vou estar ao lado dele para ajudar ele naquilo ali. Se ele achar que ele quer viver um pouco mais eu também vou estar ao lado dele tentando melhorar o máximo que ele puder, para ele viver melhor o melhor tempo possível. Então eu opto sempre pela qualidade de vida dele, nos meus tratamentos, seja o que for. Eu quero que ele fique em casa, que ele fique com a família, eu não proíbo a nada, (...). É uma decisão dele. Existem os perigos, mas se você não tem mais possibilidades... Eu, pelo menos, faria isso com a minha vida, iria fazer o que eu quisesse fazer(...). Então eu deixo isso bem claro, que existem acordos entre a gente e que a gente vai fazer um pacto e que a gente vai seguir naquele caminho que for o melhor de acordo com o que ele quer (...) Então isso é difícil. (Idem)*

E ainda, notamos nessa entrevista que o profissional tem a noção que o indivíduo é um sujeito de direitos, cabendo a ele a decisão de querer ou não ter o tratamento paliativo. Porém alguns profissionais se questionam a respeito do que fazer quando esses pacientes chegam à fase terminal, percebemos tal fato no trecho a seguir:

*Isso é uma coisa que as pessoas não se preocupam e eu acho que deveria ter um foco de preocupação das autoridades médicas. Porque é difícil você desinstitucionalizar a morte, eu sei. A questão é a população brasileira, a grande maioria dela, não está preparada para morrer em casa. Ela quer ir para o hospital. Ela quer ir para o hospital no momento em que ela passa mal, se ela está agônica. E o hospital que tratou dela. Como a pessoa vai com uma traqueostomia para casa? Como a pessoa vai com uma sonda para casa? Ela vai deixar de comer porque ela está com câncer e está morrendo? Então um núcleo integrado para suporte ao paciente terminal, isso é uma coisa importante. Isso é uma coisa que não existe bem estabelecida no hospital. Posso falar isso com segurança porque eu cuido de pacientes com mieloma. Os pacientes de mieloma morrem, 80%, por causa da doença. Eles fazem vários transplantes e a doença progride e ele um dia vai morrer. Que é o maior número de pacientes transplantados daqui e do país. Eu não acho que exista uma preocupação nesse ponto. É uma doença que agora está bem, mas lá na frente ela vai estar ruim. Deveria se estar olhando nessa hora também. Mas isso tudo envolve gastos, envolve uma equipe multidisciplinar, envolve muitas coisas. Isso é uma coisa que deveria preocupar. Assim como a oncologia, que tem esses doentes aos baldes. Aí fica aquela coisa, que a clínica médica não quer internar, ninguém quer internar esse paciente porque vai ocupar leito e tirar*

*chance do outro. O problema está aí e ninguém toca no assunto para resolver. (E8)*

Esse entrevistado coloca a questão da institucionalização dos doentes terminais, de um suporte maior ao atendimento desses pacientes. O mesmo menciona uma outra instituição que fornece o tratamento paliativo aos doentes em fase terminal.

Nesse sentindo um outro profissional nos remete a uma outra questão, quando o paciente está fora de possibilidade terapêutica e não chegou à fase terminal, podendo nesse caso, ser oferecido aos familiares meios de garantir uma melhor assistência, para que se efetive uma melhor qualidade de vida ao paciente, porém traz a questão do hospital não garantir um grupo multidisciplinar para este tipo de paciente, como relatado anteriormente.

*(..) pode estar fora de possibilidade terapêutica, mas estar bem, como vários pacientes. Você tem que assegurar que ele tenha qualidade de vida. Porque se não existe tratamento possível, ele tem que ter a qualidade de vida dele assegurada. A gente procura fazer com que a família tenha condições de cuidar dessas pessoas. Procura fornecer coisas que a família, às vezes, tem dificuldade de adquirir para cuidar da pessoa em casa. Tem paciente que tem algum tipo de lesão que precisa de curativo. Você precisa dar o suporte. Aqui, a gente não tem um grupo para prestar assistência à pacientes fora de possibilidades. Às vezes o paciente está aqui, está internado, e está fora de possibilidade e não tem indicação de internação. Porque, às vezes, está fora de possibilidade e está muito grave, vai morrer. E, às vezes, está fora de possibilidade e não precisa estar internado. Às vezes, é mais fácil você lidar com a família. Porque eles querem levar para casa, para dar aquele conforto. Às vezes, é mais fácil você lidar nesse caso, quando não está tão grave e tem condições de levar para casa e aí, se orienta, caso aconteça alguma coisa, para onde tem que levar (...). (E6)*

O tratamento dos profissionais a esse tipo de paciente varia de profissional para profissional, uns devido ao fato de ter passado por situação semelhante na família, percebem que é mais necessário, nesse momento, uma boa conversa, a fim de conhecer as aflições e expectativas do enfermo, de forma que este possa organizar algumas questões pessoais, do que submeter esse paciente a tratamentos paliativos que não o ajudará em nenhum aspecto.

*Sabe quando você percebe que o que o doente está precisando é de uma boa conversa? (...) Pois bem, foi isso o que eu tentei fazer e no final de semana, que estava de plantão 24 horas mesmo, “Está chateado seu A.? Falaram que o senhor anda meio chateado durante a semana, o que está acontecendo?”. “Estou meio chateado, estou internado um tempão, estou cansado!”. No final da tarde, quando tudo acalmou, eu estava cansado, mas falei: “Acho que ele está precisando de uma conversa”. Fui lá sentei e fiquei conversando com ele quase 2 horas falando da vida, não só sobre a doença, falando da doença também, claro! Como ele estava passando por aquilo, como ele estava vendo as coisas. Ele me falou que estava com receio morrer, não só por ele morrer, e sim por deixar filhos, a família,*

*essas coisas todas. Eu estava tentando dar uma animada nele. Aí eu falei: “O senhor está com febre e a gente está tentando investigar. A gente está começando a tratar as coisas, mas não significa que o senhor não possa sair disso. Vamos lá otimismo, bola para frente! Não quero que o senhor se entregue não! Eu vi que ele estava melhor, ficou mais animado. Depois eu até conversei com a esposa dele e ela me disse que ele havia ficado melhor depois de conversar comigo. No dia seguinte o pessoal falou que ele estava outra pessoa. Voltando aquela pergunta de como eu encaro o óbito e o paciente terminal? Eu encaro assim! Eu não consigo curar o cara, mas eu ajudo de outra maneira, isso ajuda também!” (E7)*

Fica claro, com esses fragmentos que a não possibilidade de cura é um dos fatores que mais aflige os profissionais de saúde, porém percebemos que o olhar dos mesmos ao paciente vem se modificando. O fato de o profissional sentar e conversar nos mostra claramente isso, que eles estão fazendo por onde transcender o que é passado na teoria a fim de garantir uma assistência integral ao doente.

### **3.7. Implicações do trabalho na vida pessoal**

Dejours (1992) fala em sua obra de “contaminação” do tempo fora do trabalho. Segundo o autor, *“É o homem inteiro que é condicionado ao comportamento produtivo pela organização do trabalho, e fora da fábrica, ele conserva a mesma pele e a mesma cabeça.”* (Dejours, 1992:46). Ou seja, o que acontece no ambiente de trabalho acaba influenciando o trabalhador em outros âmbitos de sua vida.

O mesmo autor dá exemplos de telefonistas que dizem “alô” ao puxar a descarga do vaso sanitário. Dejours (1992) afirma que vários autores concordam ao mencionar estes fatos como contaminação involuntária do tempo fora do trabalho.

Pelas declarações contidas nas entrevistas, pode-se afirmar que este fenômeno também acontece com os trabalhadores da unidade pesquisada por nós.

Perguntamos aos entrevistados se lidar diariamente com o processo de adoecer, o morrer e o sofrimento vivenciado pelos pacientes influenciava em sua vida pessoal em algum aspecto, seja ela qual for. Todos responderam que sim.

*Acho que quem conseguiu passar pela hematologia ou outra especialidade assim, e sair e dizer que entrou e saiu igual é porque criou um... não sei qual o dispositivo que criou. Porque é impossível. Você ouvir a quantidade de histórias pessoais, de dramas pessoais. (E3)*

Afirmam que realmente não há como vivenciar tantas situações de sofrimento e simplesmente esquecer ao sair do local de trabalho.

*(...) com certeza, por mais que a gente queira se colocar numa redoma de vidro é impossível. Infelizmente, não é você chegar em casa, tirar a roupa e você fingir que você não viu o que você viu, que você perdeu um paciente que você gostava muito, que você via toda semana e que você batalhou muito, e ele [o paciente] também. (...) Então, isso me influencia pessoalmente, com certeza. Tem momentos que eu estou arrasado. (...) A minha mulher percebe. (E8)*

A seguir um outro profissional afirma que não consegue esquecer as situações vivenciadas na unidade, apesar de tentar e se policiar para não se recordar.

*A gente fala muito: 'passa uma borracha nesse caso que você viu um cara morrer, você viu uma situação de tristeza, um desabafo da família'. Mas não é bem assim, você não consegue passar uma borracha de situações vivenciadas com tanta facilidade. E termina, de uma certa forma, levando para casa. (...) às vezes estou em casa, lavando louça, que eu não quero, boto um som, uma coisa, mas termino lembrando de situações vividas aqui, isso acontece. (E1)*

Ao serem questionados sobre quais aspectos da vida sofrem influência, as respostas foram variadas. Porém um fato interessante é que metade dos profissionais mencionou mudança nos valores ou no modo como encaram a vida. No fragmento transcrito a seguir notamos que a convivência com os pacientes fez com que o entrevistado tomasse consciência de sua finitude e, a partir daí, passou a valorizar atividades, segundo ele, prosaicas.

*(...) eu dou muito mais valor as coisas pequenas da vida aproveitar mais a vida. Por isso que eu não tenho outro emprego, porque eu não quero passar a minha vida socada em um hospital e me privar do convívio familiar e privar da minha presença com o meu filho, meu marido, minha mãe, meu pai. (...) eu vendo tudo o que acontece aqui, eu fico cada vez mais consciente que a gente tem que trabalhar tem, (...) mas tem esse outro lado também de você viver a sua vida, tomar um café com a minha mãe, levar meu filho na escola, ir ao cinema com meu marido, essas coisinhas prosaicas que a pessoa no afã de ganhar dinheiro, fazer plantão extra, trabalhar em dois hospitais, não vive. Então a gente vê os pacientes que queriam ter um tempinho de vida não tem, estão com pé na cova praticamente, vão morrer e vão morrer com muito sofrimento. (...) Hoje, depois que eu vim aqui para cá, eu estou dando muito mais valor e tempo pra vivenciar outras coisas fora do hospital, em minha vida pessoal e familiar. (E4)*

A seguir uma outra declaração a este respeito. “(...) você passa a encarar os seus problemas que passam a ser pequenos diante de um drama desse. E você começa a valorizar outras coisas, e você começa a lidar com a morte de outra forma, aceitar mais (...)” (E1).

Além deste tipo de mudança no modo como encaram a vida, os profissionais citam implicações negativas em seu cotidiano. Implicações essas que podemos

considerar como manifestações de sofrimento, tais como cansaço, stress, dores no corpo, tristeza.

Um entrevistado afirmou que o trabalho lhe provoca tamanho cansaço, que ao chegar a sua casa, não consegue sequer estabelecer uma conversa simples com seus familiares.

*Quando eu chego em casa falo: “Oi pai! Oi mãe!”. Tomo meu banho e vou para cama e digo: “Não estou para ninguém, não quero falar com ninguém!”. Me dá um cansaço mental, emocional. (...) Chego em casa emocionalmente abalada. (...) Minha mãe mesmo diz, que depois que eu vim para cá, eu fiquei muito preguiçosa, não quero fazer mais nada, chego muito cansada. Hoje mesmo, o ambiente está muito pesado, estou me sentindo cansada. (E5)*

Ainda no que se refere às implicações do trabalho na vida pessoal, perguntamos aos profissionais se eles já tiveram algum problema, de qualquer ordem, que considerem possuir relação com o trabalho exercido na unidade. Quatro profissionais responderam que nunca tiveram nenhum tipo de problema que possuisse associação com o trabalho. Os outros seis responderam que sim.

Como já afirmado, quatro entrevistados mencionaram o stress como um problema decorrente do trabalho.

*Se você está estressado demais, em algum momento você vai ficar doente. Então, se você não sabe lidar com seu stress seu corpo tem que tomar em algum lugar, não tem jeito. Então acho que não tem jeito. Se você pensar na sua vida, aquele dia que briguei com fulano era porque eu estava estressado com alguma outra coisa. A pessoa chegou, falou alguma coisa que você não queria ouvir, você estoura com ele porque é mais fácil. Porque eu não vou “bater” em um doente, eu vou “bater” em quem esta perto, seu marido, sua mãe, que te irritou. (E3)*

Ao responder a pergunta um profissional afirma que sua saúde mental mudou após vivenciar tantas experiências negativas. *“Problema de saúde? Minha saúde mental mudou um pouco. Muda sim, claro. Muita responsabilidade junta e muitos acontecimentos negativos juntos fazem com que você tenha essa mudança. (E8)”*.

Outro problema mencionado por profissionais foi a sobrecarga de trabalho, que faz com que não tenham tempo para realizar outras tarefas. Como já citado anteriormente, os profissionais possuem cargas horárias exaustivas. *“Eu acho que também tem sobrecarga de trabalho. Eu, por exemplo, tenho algumas frustrações em relação a isso. Eu gostaria de me dedicar mais à pesquisa.” (idem)*. Outro profissional cita novamente a sobrecarga que acaba lhe acarretando cansaço: *“Sobrecarga de trabalho, na verdade, e aí eu fico muito cansado.” (E7)*.



Outras implicações foram citadas pelos profissionais como dores no corpo, insônia e cansaço.

Cabe destacar que os quatro profissionais que afirmam não possuir problemas que considerem ter relação com o trabalho, relatam em suas entrevistas que, em alguns momentos, sentem-se tristes, fragilizados, porém não considerem que tal fato atrapalhe sua vida. Dizem tentar fazer com que sua vida fora do trabalho siga normalmente, mas não negam a influência do mesmo.

*Eu tento sair daqui deixando os problemas para trás. Mas é impossível. (...) Tem dia que você chega mais triste em casa. Mas é uma coisa também que você aprende a lidar. Daqui a pouco você está estudando, vendo outra coisa, passou aquele momento. Você também não guarda aquilo de um modo que interfira minha vida lá fora. Eu não deixo de fazer nada lá fora por causa disso. Interfere no sentimento, de você estar um dia mais caído, mas não atrapalha minha vida. (E2)*

A religião, no caso a protestante, é razão pela qual um dos profissionais afirma não ter problemas com o trabalho. Segundo afirma, nos momentos em que fica triste, ouve músicas religiosas e já se sente melhor. “*Eu tenho é muita fé em Deus. Se eu hoje estava triste, meio assim, amanhã eu vou ficar bem, renovada. Eu coloco os meus louvores, os meus discos e fico numa boa e a coisa rola da melhor maneira possível. Para mim é assim.*” (E9)

Apesar das queixas a respeito da falta de tempo para outras atividades que não seja o trabalho, perguntamos aos profissionais se realizam alguma atividade que objetive aliviar a tensão ou sofrimento causado pelo trabalho na Unidade de Hematologia Clínica e TMO.

Sete profissionais afirmam realizar tais atividades. Sendo que dos três que afirmaram não realizar, dois não o fazem segundo eles por falta de tempo. “*Não consegui tempo para isso. Coloquei na minha cabeça que precisava fazer exercícios, mas sempre fica para depois. Você sai daqui tão destruído que fica sempre para depois.*” (E10).

E um dos profissionais faz uma crítica interessante a grande carga horária dos profissionais da saúde, que acaba prejudicando a qualidade de vida dos mesmos, pois não possuem tempo para o lazer, para a cultura, para atividades físicas e outras áreas as quais queiram se dedicar.

*Acho que o sujeito tem que ter um tempo para o trabalho, um tempo para ele se dedicar a cultura e informação, ler jornal ou assistir jornal, teatro, cinema, o que ele gostar, artes, e um tempo de lazer, evidentemente, e prática física porque o sujeito tem que ter, qualquer médico do trabalho vai falar isso para você. As coisas que estão relacionadas à qualidade de vida*

*do sujeito, o médico está com isso enforcado. Eu trabalho seis dias na semana, um dia só na semana que sobra para lazer. Cultura, eu leio o jornal correndo antes de vir para cá. Você não consegue ler livro. (...) Para você ter uma noção, eu acho que leio quatro livros por ano, acho isso muito pouco, gostaria de ler muito mais, mas não tem como. O profissional deveria passar por esse tipo de avaliação e os empregos serem enquadrados nessa idéia de que o sujeito tem que ter uma qualidade de vida. (E8)*

Entre os profissionais que afirmaram realizar tais atividades, cinco deles mencionaram fazê-las para “esquecer”, se “desligar” dos acontecimentos na unidade. “*Eu tenho uma casinha de praia que eu costumo ir, passear. E lá eu consigo me desligar um pouco, do trabalho, de tudo.*” (E1). Notamos isto em outros fragmentos de entrevistas reproduzidos a seguir.

Um outro entrevistado cita passeios e viagens como forma de lazer. Segundo afirma, nesses momentos procura se desligar totalmente do trabalho.

*Sempre que eu posso procuro viajar, passear, fazer alguma coisa que me desligue do trabalho. O trabalho está presente na minha vida quando eu estou no trabalho, quando eu estou fora daqui é muito difícil eu tocar no assunto trabalho. Ao sair daquela porta ali, isso aqui ficou aqui. Quando eu entro aqui é que começa minha realidade. Eu não ligo pra cá na véspera de plantão para saber quem está, quem não está, paciente que está grave, que não está, quantos têm, quantos deixam de ter, isso não me interessa! Eu quero saber só na hora que eu entro aqui e quando eu saio daqui isso fica aqui, justamente para que eu não leve (...). (E5)*

Outra atividade mencionada por um profissional foi a corrida.

*Eu corro, corro na praia. E alivia mesmo. É uma hora que eu estou... esqueci todos os problemas, é uma hora que eu tiro para não pensar em nada. Às vezes quando estou com algum problema na cabeça, na hora que eu acabo de correr já sai a solução. É uma coisa que me ajuda bastante. (E2)*

Abaixo um entrevistado cita novamente uma atividade que lhe permita não pensar no trabalho.

*Bordar. Eu bordo. Adoro bordar. Quando eu estou muito estressada, eu já começo a procurar minhas revistas, eu mesma já noto. Você fica centrada ali, só pensa nas cores, se vai ficar bonito aquilo. Gosto de plantar também. Gosto de coisas assim mais caseiras. Faço ginástica, porque sou obrigada, não tem jeito. Pela saúde. Mas gostar, dizer que vou lá porque me desestressa, não. (...) Eu acho que o que cansa muito é ficar pensando o tempo todo. Sair do trabalho e ficar o tempo todo pensando, eu fico muito cansada. (...) A única coisa que me permite não pensar, até hoje, é o bordado. Quando eu bordo, eu só penso no bordado. Então acho que é por isso que eu gosto tanto. (E3)*

O crochê e a caminhada são as atividades feitas por um outro profissional.

*Então, eu procuro extravasar, fazendo outras coisas. Agora iniciei um trabalho de crochê, prosaico não é!? Coisa de velho, mas sabe que distrai! Você abstrai os problemas. (...) Eu estava fazendo caminhada, com um grupo de mães da escola, mas eu estou com a coluna toda doída, tive que parar. Porque a caminhada além de me beneficiar o corpo, aí bate papo, então é um tempinho que a minha mente desliga. Agora quando eu estou em casa sozinha eu acabo pensando. (E5)*

Além das atividades já mencionadas acima, também foram citadas a leitura e ouvir músicas religiosas.

Até mesmo nos momentos fora do trabalho, em que podem praticar atividades de lazer, alguns profissionais são influenciados pelo trabalho, pois escolhem atividades que lhes permita aliviar a tensão e, em alguns casos, o sofrimento.

O modo como os profissionais lidam com o sofrimento gerado pelo trabalho são iniciativas individuais, cada um faz o que considera agradável. Não foi citado, em nenhum momento, atividades realizadas pelos profissionais em grupo ou proporcionadas pelo próprio hospital. Os entrevistados não relatam nenhuma iniciativa do HUCFF para o enfrentamento da questão. *“Acaba virando problema individual, cada um resolve do seu jeito. Mas eu acho que a instituição deveria arcar com isso. Existem modelos disso, as instituições internacionais que tratam câncer têm vários modelos.”* (E8).

Um profissional fala da necessidade de uma forma de lazer em grupo.

*Tava falando com a L., a gente foi para um congresso, aí a menina lá do INCA, ela falando que todo final de ano tem uma funcionária que tem um sítio e ela faz um preço simbólico e o diretor do CEMO, ele paga, para poder ir para lá, para poder fazer uma confraternização de fim de ano. Aí eu disse: “L. vamos fazer lá. A gente faz um rateio, cada um dá um pouquinho. Ver alguém que alugue não tão caro.”. Que a gente possa juntar as pessoas para poder passar um dia. A gente passa tanto tempo trabalhando juntos, eu acho que é importante também ter um tempo assim, para a gente poder rir junto, falar abobrinha, fazer palhaçada, levar os filhos, levar a família, fazer aquela coisa bem legal. Porque é muito bom, é muito importante.* (E6)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das declarações apresentadas no presente estudo, confirma-se a hipótese de que os profissionais da Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF passam por processo de sofrimento ao lidar com o alto índice de mortes e o quadro de gravidade no estado de saúde dos pacientes.

Através de entrevistas, verificou-se que, de fato, há impactos causados pelo trabalho na vida pessoal dos profissionais, como stress, falta de tempo para outras atividades, dores em várias partes do corpo, insônia, sobrecarga de trabalho, cansaço e etc. E essas manifestações de sofrimento são enfrentadas de maneira individual, já que nenhum dos entrevistados afirmou recorrer a mecanismos oferecidos pela instituição para tal.

Apesar da existência de um setor no HUCFF chamado de Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador (SESSAT) que atende profissionais com problemas de saúde, os mesmos não mencionaram saber de sua existência.

Em uma pesquisa realizada em 2003, pelas assistentes sociais do setor, com 36 profissionais que se afastaram de suas funções por problemas de saúde, a maior prevalência se deu por origem ortopédica, enquanto somente um deles se afastou por problemas psiquiátricos.

Tal informação pode nos remeter a idéia de que os problemas de ordem psicológica ou psiquiátrica são minoria no HUCFF. Porém, verifica-se que problemas dessa ordem ocorrem com frequência, como exposto nas declarações apresentadas no decorrer do presente estudo. Entretanto, por não serem considerados “doenças”, como afirma Valla (2004), os trabalhadores não buscam atendimento.

Nove entrevistados afirmaram desconhecer da existência de espaços onde possa ser discutida a temática do sofrimento dos profissionais. E o único profissional que afirmou saber de tal espaço, diz que não sabe onde funciona e nem como funciona.

Alguns afirmaram que já houveram iniciativas individuais de alguns profissionais da psicologia, buscando criar tal espaço, porém os entraves institucionais acabaram inviabilizando o projeto.

Apesar da grande maioria desconhecer a existência de tal espaço, todos os profissionais afirmam considerá-lo importante. E, três de nossos entrevistados afirmam sentir necessidade de algum tipo de intervenção sobre suas situações de

sofrimento, e que freqüentariam um espaço dentro do hospital que possuísse este objetivo.

Com base nas declarações apresentadas, acreditamos ser necessária a criação de mecanismos de enfrentamento do sofrimento no ambiente institucional. Quais seriam esses mecanismos não cabe a nós determinar, consideramos que é alvo de trabalho de uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, psiquiatras, e pelos próprios profissionais envolvidos, para que possam expressar suas demandas.

Apesar de não podermos precisar a forma como o sofrimento deve ser enfrentado, avaliamos que não se trata somente de atendimento psicológico ou psiquiátrico, como pode parecer a princípio. Existem sim entrevistados com graves situações de sofrimento que merecem atenção de tais profissionais, porém mecanismos mais simples como existem em outras instituições de saúde, poderiam amenizar e prevenir o problema, tais como academias de ginástica, aulas de esportes, salas de lazer e descanso e etc.

O presente estudo foi apresentado aos sujeitos da pesquisa e a toda equipe de Serviço Social do HUCFF, incluindo a chefia, que representavam os diferentes setores do hospital, a fim de apreender as contribuições dos mesmos e os mecanismos que possam ser criados futuramente para que a discussão da temática seja levada adiante, já que, estes também afirmaram passar por processo de sofrimento, legitimando assim os dados obtidos. Porém, segundo eles, o sofrimento possui, em alguns casos, causas e manifestações diferentes das apresentadas na Unidade de Hematologia Clínica e TMO. Foi sugerido que o trabalho fosse apresentado na reunião dos profissionais e levado ao conhecimento da diretoria para que tenha investimento necessário à melhoria da saúde dos trabalhadores.

Sendo assim, sugerimos que caso, seja adotada uma política de atendimento na instituição, ela não atenda somente os profissionais da Unidade de Hematologia Clínica e TMO, mas deve se estender a todos os profissionais do HUCFF.

Esperamos ter contribuído ao diagnóstico e enfrentamento do problema, e que possamos realizar futuras pesquisas que contribuam ainda mais à questão do sofrimento.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, Célia. Reforma del Estado y del Sector Salud en América Latina. In MINAYO, M.C.de S. e COIMBRA Jr., C. E.A. (Orgs.) *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. RJ, Ed. FIOCRUZ, 2005, pp. 275-297.
- ALMEIDA, Célia. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. Volume 24. N.54. P. 6-21. Jan/Abril 2000.
- BELLO, Ione Maria Rodrigues e NOVAIS, Tássia Medeiros Conte. Política Pública no Transplante de Medula Óssea: Implicações na vida cotidiana do usuário. Trabalho de Conclusão de Curso – UFRJ – Rio de Janeiro 2005.
- BOLTANSKI, Luc. As Classes Sociais e o Corpo. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Graal. 1984. 191 p.
- BONET, Octavio. Saber e Sentir. Uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*. UERJ/IMS. Volume 9. Número 1. 1999.
- BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil na década de 90 – Dois projetos em disputa. In: *Superando desafios, Cadernos de Serviço Social no HUPE*. UERJ. RJ. Ano3. n.4. p. 29-34. 1999
- BRAVO, Maria Inês Souza. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CEAD - UNB. (Org.). Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: UNB, v. módulo, p. 259-280, 2000,
- BRAVO, M. I. S. (Org.); VASCONCELOS, Ana Maria de (Org.); GAMA, Andréa de Sousa (Org.); MONNERAT, Giselle Lavinias (Org.). Saúde e Serviço Social. 1. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez/ UERJ. v. 1. 264 p., 2004.
- CODO, Wanderley. SAMPAIO, José Jackson Coelho. HITOMI, Alberto Haruyoshi. Indivíduo, Trabalho e Sofrimento – Uma abordagem interdisciplinar. Editora Vozes. 2ª Edição. Petrópolis. 1994.
- COSTA, Nilson do Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor de Saúde no Brasil. In: *Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro. ENSP. 1997.
- DEJOURS, Christophe. A Loucura do Trabalho. 5ª edição ampliada. São Paulo. Editora Cortez. 1992.
- FOUCAULT, Michael. O nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, Michael. Microfísica do Poder. Editora Graal. 13ª edição. 1998.

- FOUCAULT, Michael. O nascimento da medicina social. In FOUCAULT, Michael. *Microfísica do poder*. Editora Graal. 13ª edição. 1998.
- GONÇALVES, Helen. COSTA, Juvenal Dias da. MENEZES, Ana Maria Baptista. Percepções e limites: visão do corpo e da doença. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*. UERJ/IMS. Volume 9. Número 1. 1999.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. A Entrevista. In: HAGUETTE, Teresa Maria Frota. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 8ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes. 2001. Cap. VIII. p. 86-91.
- HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*. UERJ/IMS. Volume 1. Número 2. 1991.
- KHÜBLER-ROSS, Elizabeth. A morte e o morrer. Livraria Martins Fontes Editora LTDA. 4ª edição. São Paulo, 1991.
- LÖWY, Michael. As Aventuras de Karl Marx Contra o Barão de Münchausen – Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento. 8ª edição. São Paulo. Editora Cortez. 2003.
- MENEZES, Rachel Aisengart. Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro. Editora Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª edição. HUCITEC – ABRASCO. 1999.
- MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2006
- MORITZ, Rachel Duarte. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte. Tese de Doutorado. Florianópolis. 2002.
- PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo. Lemos Editorial. 1997. P. 11-24.
- SÁ, Jeanete L. Martins de (Org.). Serviço Social e Interdisciplinaridade – Dos Fundamentos Filosóficos à Prática interdisciplinar no Ensino, Pesquisa e Extensão. São Paulo. Editora Cortez. 1989.
- SELLIGMAN, Edith Silva. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro - Editora UFRJ e São Paulo - Editora Cortez, 1994.

- SILVA, Selma Menezes. Sofrimento psíquico e organização do trabalho: o caso das enfermeiras do setor de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002. 170 p.
- SOARES, Laura Tavares. O impacto do ajuste sobre a política social: o desmonte e as propostas de “reforma”. In: Questões de Nossa Época. Num 78. Editora Cortez. São Paulo. 2000.
- VALLA, Victor Vicente e LACERDA, Alda. As práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. *In: Cuidado – As Fronteiras da Integralidade*. Org. por PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de. Hucitec. IMS – UERJ. ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro. 2004.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar – Epistemologia e Metodologia operativa. Petrópolis, Rj. Editora Vozes. 2002.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. Espiritualidade, um conceito distinto de religião. In VASCONCELOS, Eymard Mourão. A Espiritualidade no Trabalho em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2006. p. 29-38.
- ZUCCO, Luciana Patrício; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Elementos para Análise da Política de Saúde na Década de 1990: Os Assistentes Sociais como Atores na Construção do Espaço Público. In Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 26. n. 62. p. 282-289. set/dez 2002.



## REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

- Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE) – [www.abrale.org.br](http://www.abrale.org.br)
- BALLONE, G. J. - Lidando com a Morte - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2002 - disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/morte1.html>, acessado em 25 de maio de 2006.
- HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Dados numéricos dos atendimentos. In: <http://www.hc.ufpr.br/folder2005/conteudo/Assistencia.htm>. Acessado em 18 de junho de 2006.
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – [www.hucff.ufrj.br](http://www.hucff.ufrj.br)
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Registro Hospitalar de Câncer. In [http://www.inca.gov.br/rhc/docs/RBH\\_total.pdf](http://www.inca.gov.br/rhc/docs/RBH_total.pdf). Acessado em 25 de maio de 2006.
- NEVES, Heloisa Zanelatto. A morte e o morrer. In: <http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-09.html>

## ANEXO

### Anexo A - Roteiro de entrevistas

O SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA E  
UTMO/HUCFF AO LIDAR INTIMAMENTE COM O PROCESSO DE ADOECER E  
MORRER DOS PACIENTES: Os rebatimentos na vida pessoal

Código nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2006

Entrevistador: (    ) Discente 1

(    ) Discente 2

---

#### Rapport

Esse instrumento busca conhecer o sofrimento causado aos profissionais da Unidade de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do HUCFF ao lidar com o a morte iminente e o morrer. Estaremos atentos à manutenção do sigilo de suas respostas e ao cuidado com o tratamento do material obtido de forma a resguardar a fonte que o originou.

Do ponto de vista ético, resguardaremos a apresentação preliminar dos resultados em espaço coletivo da equipe da Unidade de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea do HUCFF. Com eles, estimamos que seja promovido dentro do ambiente institucional espaços de discussão sobre essa temática.

Portanto, responder a entrevista implica que você se considera devidamente informado e esclarecido sobre o referido levantamento e que concorda em participar dele. Desde já, agradecemos a sua participação.

---

#### **I. VARIÁVEIS PESSOAIS**

1. Profissão:

(    ) Ass. Social

(    ) Médico

(    ) Aux. Enfermagem

(    ) Residente de Medicina

(    ) Enfermeiro

(    ) Téc. Enfermagem

2. Sexo:

( ) masculino ( ) feminino

3. Idade:

( ) até 25 anos ( ) entre 26 e 30 anos ( ) entre 31 e 35 anos  
( ) entre 36 e 40 anos ( ) entre 41 e 45 anos ( ) acima de 45 anos

4. Situação Conjugal: \_\_\_\_\_

5. Com quem mora? ( ) Sozinho ( ) Acompanhado

• Em caso de acompanhado, por favor especifique com quem \_\_\_\_\_

6. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não

• Em caso afirmativo, favor especificar quantos \_\_\_\_\_

• Qual a idade dele(s)? \_\_\_\_\_

7. Possui religião?

( ) Não possui ( ) Católica ( ) Protestante

( ) Umbanda/Candomblé ( ) Budismo ( ) Espiritismo

( ) Outra. Favor especificar \_\_\_\_\_

## **II. VARIÁVEIS PROFISSIONAIS**

8. Unidade de ensino de formação: \_\_\_\_\_

• Natureza da unidade: ( ) pública ( ) particular ( ) outros

9. Ano de formação na profissão especificada: \_\_\_\_\_

10. Você fez algum curso específico para trabalhar na Unidade de Hematologia?

( ) Sim ( ) Não

• Em caso afirmativo, quando?

• Qual o nome do curso?

• Em que instituição

11. Tempo de Trabalho no HUCFF nessa profissão: \_\_\_\_\_

12. Tempo de Trabalho na Hematologia: \_\_\_\_\_

13. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

14. Já trabalhou em outro setor do hospital?

( ) Sim ( ) Não

- Em caso afirmativo, qual setor? \_\_\_\_\_
- Quanto tempo atuou nesse setor? \_\_\_\_\_
- Considerava satisfatório atuar lá? ( ) sim ( ) não. Favor justificar a resposta.

15. Tem algum outro emprego?

( ) Sim ( ) Não

- Em caso afirmativo, qual emprego? \_\_\_\_\_
- Qual a carga horária semanal deste outro emprego? \_\_\_\_\_
- Considera satisfatório este outro emprego? ( ) sim ( ) não. Favor justificar a resposta.

16. Prefere o outro emprego ou a Hematologia?

( ) Outro emprego ( ) Hematologia

- Favor justificar a resposta

### **III. VARIÁVEIS INSTITUCIONAIS**

17. Como você avalia o ambiente de trabalho da unidade de Hematologia?

- E como avalia o ambiente de trabalho frente ao quadro comum de gravidade no estado de saúde dos pacientes?

18. Existem limitações institucionais que influenciam na sua prática profissional?

( ) Sim ( ) Não

- Em caso de afirmativo, favor especificar?
- Essas limitações afetam em sua motivação? ( ) Sim ( ) Não. Favor justificar.

19. Como avalia sua relação com os pacientes da unidade de Hematologia?

20. Como avalia a sua relação com os outros profissionais da Unidade?

#### **IV. ENFRENTAMENTO DA MORTE E DO SOFRIMENTO**

21. Como você se sente quando ocorre o óbito de um paciente?

22. Poderia lembrar qual o “caso clínico” que mais marcou sua atuação profissional até hoje?

- E o paciente mais marcante?

23. Como é para você lidar com um paciente fora de possibilidade terapêutica?

24. Lidar intimamente com o adoecer e a morte iminente dos pacientes da Unidade de Hematologia influencia na sua vida pessoal em algum aspecto?

( ) Sim      ( ) Não

- Favor justificar.

25. Você já teve algum problema que considera ter relação com o trabalho na Unidade de Hematologia?

( ) Sim      ( ) Não

- Em caso afirmativo, favor especificar.

26. Você realiza alguma(s) atividade(s) que objetive aliviar um pouco a tensão ou sofrimento que o trabalho na Unidade de Hematologia pode lhe causar?

( ) Sim      ( ) Não

- Em caso afirmativo, favor especificar.

27. Há dentro do HUCFF algum espaço em que seja possível lidar com a temática do sofrimento dos profissionais diante da assistência prestada aos pacientes?

( ) Sim      ( ) Não

- Você considera importante a existência desse(s) espaço(s)?

( ) Sim      ( ) Não

Favor justificar.

28. Você tem alguma informação ou comentário que deseja acrescentar ?

