

## **As estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores de limpeza em um centro oncológico pediátrico**

### ***Coping/self-care strategies used by cleaning workers in a pediatric oncology center***

Maria Juliana Vieira Lima<sup>1</sup>

Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, Fortaleza, Ceará

Cinthia Mendonça Cavalcante<sup>2</sup>

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará

#### **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi compreender se havia e quais eram as estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores de limpeza de um centro de tratamento oncológico, em Fortaleza-Ceará, no contato com os usuários deste centro. Foi realizada pesquisa qualitativa, da qual participaram seis trabalhadores do serviço de limpeza. Realizou-se entrevista semiestruturada e pautou-se na hermenêutica fenomenológica para método de análise das falas. Percebeu-se estabelecimento de vínculo entre os usuários e os trabalhadores. O vínculo gerou sentimentos de satisfação, mas também dores e sofrimentos. A partir das vivências de sofrimento, os trabalhadores desenvolveram estratégias de enfrentamento e autocuidado na tentativa de elaborar e significar seus sentimentos e experiências. Essas estratégias são utilizadas com o objetivo de reduzir, eliminar ou manejar as situações causadoras de sofrimento psíquico. O afastamento das situações de dor e angústia foi a estratégia mais utilizada; seguida da busca do apoio religioso/espiritual e da necessidade de compartilhamento dos sentimentos com pessoas de confiança. Não há, porém, espaços validados que atuem na escuta e acolhimento das demandas psíquicas desses profissionais. Destacamos, portanto, a necessidade de se perceberem as nuances da relação dos trabalhadores de limpeza com os usuários do centro; criando-se espaços de cuidado desses profissionais.

**Palavras-chave:** trabalhador de limpeza; sofrimento; enfrentamento; autocuidado.

---

<sup>1</sup>Psicóloga, residente multiprofissional em Oncologia e Cuidados Paliativos pela Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará. E-mail: arbm73@hotmail.com

<sup>2</sup>Psicóloga, pós-graduanda em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Universidade Católica Dom Bosco, Jacobina, Bahia. E-mail: thamaraouro@hotmail.com

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand if there were and what were the coping/self-care strategies used by cleaning staff in a cancer treatment center, in Fortaleza, Ceará, in contact with the users of the center. A qualitative research was conducted, attended by six workers from the cleaning service. Semi-structured interviews were conducted and for analyzing speech, the phenomenological hermeneutics were used. A link between users and workers was noticed. The bond caused feelings of satisfaction, but also pain and suffering. From the experiences of suffering, workers have developed coping strategies and self-care to deal with their feelings and experiences. These strategies are used in order to reduce, eliminate or manage the situations of psychological distress. The escape from situations of pain and anguish was the most used strategy; followed by search of religious support/spiritual and sharing of feelings with people deemed trustworthy. However, there is no validated space for the listening and welcoming of psychic demands from these professionals. We emphasize, therefore, the need to realize the nuances of the relationship of cleaning workers with the users of the center and creating care spaces for these professionals.

**Keywords:** cleaning worker; suffering; coping; self care.

## Introdução

O desenvolvimento desta pesquisa foi instigado pela necessidade de conhecer como o trabalhador de limpeza vivencia seu contato com os usuários<sup>3</sup> de um centro de tratamento do câncer pediátrico, além de identificar se há e quais são os sofrimentos psíquicos vivenciados pela categoria, apontando as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por eles.

O câncer infantil se mostra carregado de estigmas e medos. A partir do diagnóstico de câncer, tanto a família como a criança passam por um momento de enfrentamento no qual eles têm que se adaptar à nova condição e têm que elaborar os significados de tal processo (Marques, 2004). O diagnóstico de câncer não afeta, contudo, apenas os familiares e pacientes, já que toda equipe de cuidados mobiliza-se diante do sofrimento decorrente das vivências relacionadas à doença.

Para Sznelwar, Lancman, Alvarinho e Santos (2004), o aspecto fundamental e a característica básica do trabalho em um hospital é o cuidado,

---

<sup>3</sup> Neste trabalho, a categoria usuários será composta por pacientes e acompanhantes.

este sendo concebido como o encontro entre a pessoa que sofre e aquele que é encarregado de proporcioná-lo conforto físico e psíquico, e mesmo aqueles não envolvidos diretamente com o cuidado técnico e profissional, lidam com o sofrimento, a doença, a morte.

Os profissionais de limpeza, apesar de assumirem papéis inferiorizados dentro das equipes de saúde e atuarem mais no suporte operacional, mostram-se como importantes atores no processo de cuidado aos usuários. Os trabalhadores se vinculam aos usuários e são figuras de apoio e afeto para eles (Lima, 2014).

Entende-se que há, no trabalho em saúde, especificidades do cuidado que se fazem no ato (Merhy, 1997) e que estão para além das normas institucionalizadas. Dessa forma, mesmo trabalhadores que atuam nos serviços básicos de limpeza atuam como profissionais de cuidado, pois se relacionam com os usuários através das tecnologias leves (Merhy, 1997)<sup>4</sup>: formação de vínculos, atos de acolhimento, tentativa de resolutividade dos processos deles e auxílio na autonomização dos mesmos.

Para Campos (2005), o vínculo é estabelecido quando há o encontro entre aquele que está demandando ajuda e aquele que está disponível para ofertá-la. Há, portanto, a necessidade de um e a disponibilidade do outro.

Ao vincular, estamos sujeitos a uma gama de vivências que se dão na relação e se estendem para além dela. Os profissionais que se vinculam com os usuários de um centro de tratamento oncológico estão sujeitos a vivenciarem momentos de emoção, crescimento, grandeza, compaixão e beleza, e momentos de intenso sofrimento, dor e angústia. Os profissionais sofrem por que se apegam, por que depositam nos sujeitos dos quais cuidam, esperanças e desejos de melhora.

Conforme Lima (2014), os profissionais da limpeza não atuam tão somente como profissionais do suporte operacional da instituição, atuam como profissionais que são também responsáveis pelo processo dos usuários e se

---

<sup>4</sup> Merhy (1997, p. 121) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves envolvem a produção de vínculo, autonomia, acolhimento e de cuidado; as leve-dura referem-se aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho; e as duras são os equipamentos tecnológicos envolvidos nos processos laborais.

sentem no dever de minimizar o sofrimento deles. Para Bowlby (1980) o vínculo suscita a formação de laços afetivos, mesmo que o sujeito tenha dimensão da possibilidade de sofrer por conta deles.

Segundo Caplan (conforme citado por Campos, 2005), desde a década de 70 os profissionais de saúde são chamados a servirem como suporte para os usuários; no entanto, o fato desses profissionais lidarem com a morte e a dor cotidianamente os tornam vulneráveis às doenças e ao sofrimento.

São comuns as vivências de adoecimento por parte dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. Os sintomas de fadiga, cansaço físico e emocional, retraimento, tristeza, irritabilidade, pensamentos negativos e ansiedade podem indicar a existência de transtornos mentais advindos de ou piorados com as situações de sofrimento vivenciadas.

Segundo Costa e Lima (2005, p. 159), o ambiente hospitalar é propício para o adoecimento dos profissionais, já que “lidar com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes influencia a produção de sintomas psíquicos pelos trabalhadores da instituição hospitalar”. Esses profissionais, como estão também vulneráveis às doenças, demandam a necessidade de apoio e suporte.

Os profissionais, para conseguirem lidar com as situações vivenciadas nos ambientes laborais, desenvolvem/produzem estratégias de enfrentamento que os auxiliam a lidar com determinadas circunstâncias. Costa, Mombelli e Maron (2009) definem estratégias de enfrentamento como os esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de reduzir, eliminar ou manejar as situações causadoras de sofrimento psíquico.

As estratégias, muitas vezes, tornam o sofrimento em vivências minimamente suportáveis para os sujeitos e são empregadas segundo suas estruturas de personalidade, desejos, experiências e necessidades.

Esse artigo tem, portanto, o objetivo de compreender se há e quais são as estratégias de enfrentamento/autocuidado utilizadas pelos trabalhadores de limpeza de um centro de tratamento oncológico, em Fortaleza-Ceará, no contato com os usuários deste centro.

## Metodologia

A pesquisa é de natureza qualitativa fundamentada na hermenêutica-fenomenológica de Ricoeur (2002). O ponto central da abordagem hermenêutica é a compreensão dos significados explícitos e implícitos do texto; estes são atribuídos a partir da experiência subjetiva de cada indivíduo pesquisado a partir do contexto histórico no qual está inserido.

A partir da hermenêutica fenomenológica, a interpretação requer um constante movimento de retorno às coisas mesmas e uma constante tentativa de suspensão de pressupostos que possam ferir o fenômeno. O pesquisador deve entrar em contato com o fenômeno no que ele tem de mais singular e único. Segundo Silva (2010), para que essa compreensão seja coerente e alcance seu verdadeiro sentido, o sujeito interpretativo deve examinar suas opiniões prévias quanto sua legitimação, origem e validade, pois, só assim pode-se alcançar a verdadeira possibilidade do sentido do real.

Compuseram a pesquisa os trabalhadores que aceitaram participar das entrevistas e que atuavam há, no mínimo, seis meses no serviço de limpeza do Centro Pediátrico do Câncer – hospital de referência no tratamento do câncer pediátrico. A amostra foi composta por seis trabalhadores de ambos os sexos e sem distinções de idade. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada (Anexo A) previamente estabelecida com perguntas que visaram acessar à experiência dos sujeitos pesquisados.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) sob número 710.128, a pesquisa foi realizada de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos sujeitos, assim como a sua aquiescência em participar do estudo, obtida por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B).

Quanto aos riscos psicológicos, a previsão foi de que pudesse ocorrer mobilização emocional devido à revivescência de experiências de sofrimento. No casos em que ocorreram, as emoções foram acolhidas e foi prestado apoio psicológico; sendo a continuidade da entrevista dependente da concordância do sujeito, podendo ser interrompida se assim desejasse.

De acordo com as normas éticas, os participantes não foram identificados por seus nomes, sendo alcunhados de S1, S2, S3, S4, S5 e S6 (Tabela 1).

**Tabela 1 - Dados Sócio Demográficos dos Participantes da Pesquisa**

Sujeito	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de Serviço	Setor de atuação	Estado Civil	Filhos
S1	F	45 anos	Fundamental Incompleto	11 anos	Hospital-Dia	Casada	1
S2	F	35 anos	Fundamental Incompleto	3 anos	Térreo	Casada	5
S3	M	31 anos	Fundamental Incompleto	1 ano e 5 meses	Centro Cirúrgico	Solteiro	1
S4	M	47 anos	Médio Completo	5 anos	Térreo	Casado	5
S5	F	40 anos	Fundamental Incompleto	5 anos	Quimioterapia Sequencial	Divorciada	1
S6	F	61 anos	Fundamental Incompleto	3 anos	Enfermaria	Viúva	7

## Resultados e Discussão

A partir da análise das entrevistas, encontramos unidades de sentido que condensam significados originários das experiências dos trabalhadores diante das estratégias de enfrentamento/autocuidado desenvolvidas e utilizadas por eles. Foram categorizadas três unidades de sentido: afastamento como estratégia de proteção; apoio religioso/espiritual como estratégia de autocuidado; e a necessidade de compartilhar os sentimentos. Discutiremos essas unidades, utilizando-se das falas dos sujeitos e do arcabouço teórico escolhido para a análise.

*“Não consigo ver não, não consigo de jeito nenhum” – Afastamento como estratégia de proteção*

Diante do sofrimento vivenciado no contato com os usuários do centro de tratamento do câncer pediátrico, os trabalhadores desenvolveram estratégias para lidarem com a situação, sem tanto impacto no seu estado psicológico. Foram estratégias de enfrentamento e autocuidado, no intento de protegerem-se e terem condições de permanecer no trabalho; tendo em vista que não existem, na instituição estudada, espaços e programas contínuos e sistematizados para o cuidado dos trabalhadores de todas as categorias.

Para tanto, o afastamento mostrou-se como a estratégia de proteção mais usada. Os trabalhadores se afastam em alguns momentos do processo: na piora do estado de saúde, no óbito, após o óbito; por não terem recursos para lidarem com isso ou como estratégia de enfrentamento para prosseguirem no serviço.

S1 quando percebe que as crianças estão em estado de saúde mais delicado, se afasta para não ver o agravamento, prefere não ir visitar e evita chegar perto: “Quando elas estão no terceiro, internada assim, sofrendo, ah eu fico abalada, eu choro e não consigo ver não, não consigo de jeito nenhum[sic].” (S1)

Destaca que gosta de ver as crianças no primeiro andar, felizes e correndo; vai visitar no terceiro andar quando é solicitada por alguma mãe, vai para não desagradar, mas não gosta:

“Quando eu tô na folga, eu visito assim, eles lá no terceiro, mas eu nem gosto muito não, por que eu gosto de ver eles mais lá no primeiro por que lá eles tão bem e tudo e lá no terceiro a gente ver eles tristezinho, às vezes eu vou, às vezes a mãezinha pede pra ver eles lá, eu vou, mas vou só pra não desagradar as mãezinhas, mas eu gosto de ficar vendo eles só no primeiro. Que no primeiro, eles estão brincando, eu sei que eles estão felizes e no terceiro, internado, eles estão tristes e tudo [sic].” (S1)

No momento do óbito, S1 vai ao velório para ver a criança, mas não se direciona à mãe. Afasta-se dela, pois teme não ter nada a dizer e deixa-la ainda pior:

“Quando eu sou mesmo apegada, eu vou. Vou, olho assim e saio, não dou atenção a mãe pra mim não ficar pior. Às vezes quando a criança tá lá na pedra (velório), eu vou lá, não sei nem o que dizer para aquelas mães, às vezes eu me escondo, não tenho como, às vezes a L. diz: aquela menina faleceu, tá lá na pedra. E eu vou lá na pedra, mas eu não quero ver nem a mãe, por que a gente não tem nem como, tem nem o que dizer, eu não sei nem o que dizer praquela mãe. Aí eu vou chorar igual a ela? Quando eu vejo, eu começo logo a chorar. Quero nem ver a mãe, eu me escondo pra nem ver. Tem hora que eu fico, fico só naquele cantinho, olhando, com as lágrimas escorrendo, olhando assim pra ela e sem palavra pra dizer, às vezes ela vem a mim, me abraçar, mas eu fico sem palavra [sic].” (S1)

S4 não gosta de ver a criança e nem de chegar perto da família, por isso sai de perto para não ficar próximo: “Na hora que acontece não gosto nem de encostar na família não por que se eu ver a criancinha assim, tipo o meu. Faço só sair, pronto, peço a Deus que coloque ele num bom lugar, eu saio de perto [sic].” (S4)

S6 afasta-se do paciente quando há piora: “Quando vem um pra UTI eu já saio de perto. Não gosto muito não de ver [sic].” (S6). Pede que o paciente não morra no seu plantão, pois acredita que será muito difícil lidar com isso. Quando percebe que a criança está mal, já não entra mais no quarto para não vê-la, evitando qualquer contato:

“Peço a Deus que se for tirar, que não tire comigo aqui não. Peço muito a Deus que não seja comigo, quando sei, já teve de limpar tudo da pessoa que morreu, tive que limpar, é meu trabalho, mas fico com a pessoa na cabeça. Quando eu vou entrar assim no quarto, eu pergunto se ele tá mal, por que faço de tudo pra não entrar [sic].” (S6)

O trabalhador de saúde lida com a morte e a dor em suas mais variadas dimensões e vive conflitos que nem sempre sabe como aliviar ou expressar, utilizando, portanto, a estratégia do afastamento como forma de se anestesiar diante do inevitável.

S5 utilizou-se dessa estratégia para distanciar-se dos problemas do hospital.

“Isso tudo foi mexendo até que comecei a me afastar mais, não ficar mais sempre brincando, conversando com elas. Eu me desliguei mais. Por que se eu continuasse no estado que eu tava, corria o risco de perder até o emprego. Não tenho mais



tanto contato, eu ficava sempre, hoje eu brinco, dou atenção, mas saio. Fico rápido, digo que estou ocupada e saio, brinco, converso com eles, mas evito ter tanto contato. Sofri muito quando o R. morreu, ele era lindo, o câncer voltou, ele ficou transformado, tava triste, eu evitava entrar lá, não queria ver aquilo, mas a gente acaba sabendo de tudo. Antes era diferente, eu ia lá no terceiro visitar, mas eu estou evitando o contato com os que estão chegando agora [sic].” (S5)

S5 sofria muito com cada perda e resolveu, então, tentar se vincular menos com os usuários, para que as perdas fossem menos doídas. Com o distanciamento e a mecanização do trabalho, corre-se o risco da despersonalização da pessoa e de seus sentimentos. Com isso, o paciente corre o risco de também ser despersonalizado. “Essa estratégia permite aos profissionais conviverem com conflitos e dilemas do contexto de trabalho, bem como com grandes frustrações” (Dal Pai & Lautert, 2009).

Para Dal Pai e Lautert (2009) ao deparar-se com a morte, o trabalhador sente a necessidade de distanciar-se daquele que está morrendo e da situação de angústia diante da morte, como forma de proteção. O trabalho torna-se eminentemente técnico e evita-se a proximidade e a vinculação.

A dificuldade dos profissionais em lidarem com a morte pode ser explicada pelo fato desse ser ainda um dos maiores tabus da humanidade. Apesar de ser uma condição à qual todos estamos destinados, ainda é muito difícil debater o tema livremente e aceitar a finitude, mesmo em ambientes hospitalares. Brêtas, Oliveira e Yamaguti (2006, p. 478) destacam que:

A morte não é somente um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente em nosso cotidiano (...). A morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, pois os profissionais da área da saúde são ensinados a cuidar da vida, mas não da morte.

A morte da criança e do adolescente é ainda mais difícil de ser aceita, pois é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico, provocando sentimentos de revolta, impotência, frustração e dor na equipe de cuidados (Costa & Lima, 2005).

Diante da dificuldade de lidar com a morte, os profissionais se distanciam dos usuários como forma de não entrarem em contato com o

sofrimento e de se protegerem, mas é certo que essa estratégia torna-se ineficaz com o decorrer do tempo.

Kovács (2010, p. 425) aponta que:

O profissional de saúde, em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor, que nem sempre consegue aliviar. Precisa elaborar perdas de pacientes, o que é mais penoso quando morrem aqueles com que estabeleceu vínculos mais intensos. Este convívio com dor, perda e morte traz ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar.

Diante do sofrimento presenciado, o profissional também sente e necessita elaborar suas vivências para que efetive seu cuidado. Dal Pai e Lautert (2009, p. 61) consideram que “diante das características desfavoráveis à saúde no trabalho, o trabalhador desenvolve defesas, estratégias de enfrentamento, as quais permitem que o sofrimento não seja instalado ou não venha a causar adoecimento”.

É importante pensar quais possibilidades de atuação podem ser realizadas com esses profissionais para que se favoreça a elaboração, e não somente fuga, dos processos de sofrimento e luto; no intento de que o serviço no hospital não se torne um acúmulo de questões não elaboradas que acarretam angústia e sofrimento para os profissionais.

*“Aí peço a Deus muita força, só o senhor mesmo pra dar força à gente” - Apoio religioso/espiritual<sup>5</sup> como estratégia de autocuidado*

Muitos trabalhadores encontraram no apoio religioso/espiritual, o meio de suportar todo o sofrimento vivenciado. O suporte religioso/espiritual é tido como uma importante estratégia de enfrentamento que possibilita aos sujeitos a oportunidade de significar suas vivências de modo a darem vazão aos seus sentimentos, apegando-se a um ser superior ou a ritos e crenças.

---

<sup>5</sup> Utilizaremos aqui ambas as definições como categoria de sentido. Lukoff (conforme citado por Faria e Seidl, 2005) distingue religiosidade de espiritualidade. Religiosidade seria a adesão a crenças e práticas coletivas ligadas a uma instituição religiosa, e espiritualidade a relação individual com o ser superior o qual o sujeito acredita.

S1 pede força a Deus para lidar com o sofrimento. Conversa com Deus e pede que a vontade dele seja feita, pede que Deus tire aquele paciente do sofrimento:

“Eu peço a Deus, pro Senhor me dar força que assim tá nas tuas mãos, que se for pra ela ir, tá nas tuas mãos, Senhor, tira ela desse sofrimento que é difícil, a gente ver um adolescente, ver que tá se acabando e a gente não pode fazer nada, nem as mães, só o Senhor mesmo. Aí peço a Deus muita força, só o Senhor mesmo pra dar força à gente. [sic]” (S1)

S3 vai à Igreja, vai rezar para tentar se confortar. Vai buscar cuidado para ele também, reconhecendo que oferta cuidado, mas também precisa ser cuidado: “Às vezes eu procuro ir à igreja, rezar, a gente vai lá pra rezar, tentar se confortar também. [sic]” (S3)

S6 vai para casa e pede conforto a Deus para ela e para a mãe da criança. Vai tentar se acalmar, pois tem problema de pressão e não pode ficar abalada. Pensa em sua saúde, sabendo que se não estiver bem, não conseguirá trabalhar de forma eficaz e satisfatória: “Vou para casa. Peço a Deus, que Deus me conforte, conforte a mãe. Não gosto de ficar preocupada por que tenho problema de pressão para não ficar abalada. [sic]” (S6)

Para S3, mesmo sabendo que é duro ver uma criança morrer, reconhece que foi Deus quem escolheu o destino dela e se assume como alguém que não pode fazer nada em relação a isso. Deseja poder fazer mais algo pelos usuários, mas aponta para Deus e para Medicina como únicas possibilidades de se fazer alguma diferença: “Foi Deus quem escolheu o destino né, a gente não pode. Se pudesse fazer mais, fazia né, mas infelizmente é só Deus, só Deus e a medicina. [sic]” (S3)

Os trabalhadores que buscam apoio espiritual em Deus, na igreja, na oração, colocam sobre um ser superior a responsabilidade pela gerência das questões de vida e morte, reconhecendo que não têm poder para isso e que essas decisões são da vontade de Deus. As crenças e as práticas religiosas são fundamentais para enfrentar e entender o processo saúde-doença-morte, pois permitem a ampliação dos mecanismos de enfrentamento e a significação de alguns eventos, por vezes revoltantes e inexplicáveis.

Para Faria e Seidl (2005) muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde e recorrem a Ele para o entendimento, enfrentamento e apoio emocional em situações adversas. As autoras, através de um levantamento bibliográfico sobre a temática, apontam que há indícios significativos para considerar a religião/apoio espiritual como fonte de alívio, conforto e consolo e como meio para compreender determinados problemas da existência, como a morte e a injustiça, para encontrar-se e compreender-se e para ligar-se ao sagrado.

S6 sofre com os óbitos, mas reconhece que não pode fazer nada em relação a isso: “Mas tem coisa que a gente faz por obrigação, mas tem coisa que dói mesmo e você não pode fazer nada. [sic]” (S6)

Na mesma linha, S5 não se conforma com as causas do câncer em crianças, mas tenta se controlar mais e reconhece sua impotência diante dessas questões:

“Eu quero entender o porquê, é tão difícil entender o porquê, né. Que não tem explicação, não tem respostas. A gente vai aprendendo a controlar mais, não é fácil trabalhar aqui, a gente aprende que não pode fazer nada, só pode brincar, dar carinho, se nem a QT pode, quem sou eu? [sic]” (S5)

Na tentativa de explicar o que, muitas vezes, não tem explicação, os profissionais racionalizam seu entendimento sobre as situações, reconhecendo sua impotência e distanciando-se dos seus sentimentos para poderem lidar com a realidade.

Nos casos em que o apoio religioso/espiritual não é suficiente, alguns profissionais racionalizam suas vivências como forma de as suportarem:

Encontrando-se uma justificativa racional para a situação, a realidade é intelectualizada e a dimensão emocional da experiência vai sendo distanciada. Dessa maneira, o sentimento despertado é transformado em leitura lógica da realidade, a fim de se proteger do desequilíbrio emocional (Faria & Seidl, 2005, p. 63)

A racionalização dos processos e o conseqüente distanciamento dos sentimentos vivenciados são estratégias de enfrentamento similares ao afastamento discutido anteriormente. Não tendo condições de experienciar de forma segura os sentimentos relacionados à temática, os profissionais fogem e

acumulam questões a serem significadas para, a partir daí, terem o devido direcionamento.

O apoio espiritual e religioso, no entanto, se mostra como uma estratégia positiva de enfrentamento, pois permite que o suporte emocional seja dado e referenciado a uma instância com significado para o sujeito. Nessa instância são depositadas esperança e o sentimento de conformação, sendo dado o direcionamento minimamente satisfatório, dependendo da crença de cada entrevistado.

*“Toda coisa que acontece, eu desabafo” - A necessidade de compartilhar os sentimentos*

Apesar de não haver espaços instituídos nos quais os trabalhadores possam ir para cuidarem-se quando necessitarem, eles criam espaços e encontram pessoas para escutar suas questões relacionadas à experiência de trabalho no hospital. Por vezes são os familiares, os amigos e os colegas de trabalho que assumem o papel de escuta das emoções e sentimentos dos trabalhadores.

S1 conversa com os familiares: “Quando chego em casa, eu conto pro meu marido, pro meu filho, assim. [sic]” (S1)

Também desabafa com os colegas de trabalho, que criam uma rede de apoio entre os funcionários para desabafarem e se apoiarem:

“Elas escutam, se a gente tiver chorando, elas conversam com a gente. Eu gosto muito delas. Toda coisa que acontece, eu desabafo com elas, primeiro Deus, claro, mas assim, na hora, eu desabafo com elas e elas são gente boa mesmo. [sic]” (S1)

S3 conversa com sua mãe e tia e compartilha os acontecimentos do hospital: “Sim, converso muito com a minha mãe, minha tia. [sic]” (S3)

S6 também divide suas questões com os vizinhos, eles admiram a força que ela tem e acreditam que não teriam coragem de trabalhar com essa temática: “Converso com os vizinhos: Mulher, hoje eu tô tão abalada. Elas

dizem: Oh mulher, eu não aguentava não. O pessoal diz que não tem coragem de trabalhar num lugar desses. Dizem que eu tenho coragem. [sic]" (S6)

Há uma necessidade em compartilhar as situações vivenciadas, como forma de alívio do sofrimento. O outro é buscado como apoio para os momentos difíceis e, como não existem profissionais e espaços específicos para o compartilhamento das emoções, são criadas redes de apoio que se sustentam e se organizam no sentido de auxiliar os que necessitam de escuta.

S5, ao perceber que estava muito abalada com tudo o que vivenciara, decidiu procurar uma das psicólogas do serviço para conversar e dividir seus sentimentos. S5 criou um espaço de autocuidado através da abertura dada por uma psicóloga do serviço e agora consegue ter consciência de si e respeitar seus limites; considera que está bem melhor, mais controlada e mais estável psicologicamente. Não constrói mais vínculos tão fortes para sofrer menos e, quando ocorre um óbito, procura pensar mais na criança que parou de sofrer e se conforma:

“Antes eu sofria pela perda e pela mãe, hoje penso mais na criança que está bem, a vida das mães segue. Com tudo isso a gente vai se autocontrolando, controlando as emoções e se não consegue controlar, pede ajuda. Peço ajuda pra H., mas hoje peço mais ajuda pra saber lidar com a minha filha. Hoje controlo mais meu emocional, sou muito chorona, choro pelo sofrimento dos outros, mas nem todo mundo tem sentimento igual. [sic]" (S5)

Quando algum acontecimento no hospital a deixa mobilizada, S5 procura auxílio com uma psicóloga do serviço. Esta se apresenta como a única profissional que reconhece e valida esses sentimentos, já que as outras profissionais consideram como possível o fato de S5 trabalhar no hospital e não se afetar com as situações que transcorrem lá:

“Eu vinha aqui na sala (da psicologia) falando com a H., aí toda vida eu vinha aqui pra sala. (Falava assim) aconteceu isso, assim, assim. Ela dizia que era normal, você tem sentimentos; não, mas as meninas lá no serviço, as médicas, as auxiliares dizem que não, que tem que se acostumar. [sic]" (S5)

Os outros profissionais da equipe defendem a ideia de que os profissionais da limpeza não ocupam lugar de cuidado dentro da instituição e, por isso, não deveriam se vincular aos pacientes, devendo se acostumar com o

sofrimento vivenciado por estes. Segundo Sznelwar et al (2004, p. 47), embora os trabalhadores de limpeza “tenham contato direto com os pacientes, com as famílias e com diferentes colegas, por não serem responsáveis pelo atendimento clínico, este contato é pouco ou nada relevado”. Há uma supremacia dos outros saberes que se colocam como os únicos responsáveis pelo paciente e os únicos capazes de auxiliá-lo, além de serem os únicos suscetíveis a sofrerem por conta do vínculo.

A maioria dos profissionais atuantes na instituição não reconhece essa possibilidade de haver vínculo entre os trabalhadores de limpeza e os usuários, e até a suprimem, mas existe, no entanto, uma possibilidade de acolhimento do sofrimento citada nas falas que é a intervenção do profissional de Psicologia, sendo possível cuidar desse trabalhador através do serviço de Psicologia. Dessa forma, o trabalhador de limpeza mesmo afetado por essa relação de cuidado de forma negativa, vivenciando sentimentos de sofrimento, pode ter seus sentimentos acolhidos e validados na escuta psicológica.

É comum, porém, em unidades de saúde, não haver espaços de valorização e escuta das falas de sofrimento e dor, pois “o convívio com a morte não prevê falar sobre ela, tampouco sobre o estranhamento ou a dor de presenciá-la” (Dal Pai & Lautert, 2009). Os trabalhadores vinculam com os usuários, apegam-se e sofrem; mas por muitas vezes não têm consciência de seus sentimentos e não reconhecem ao menos que estão sofrendo e não se veem no direito de expor seus temores e angústias. Levam suas questões para conversar com os familiares, vizinhos, colegas de trabalho e com os profissionais de outras áreas que dão abertura para isso.

Faz-se de extrema importância a existência de espaços de escuta e acolhimento, para que seja possível o compartilhamento dos sentimentos, pois, ao se expressarem, os profissionais podem significar suas vivências, podendo transpor o sofrimento e a dor. Assim, “a escuta torna-se uma condição de acolhimento e alívio da dor e de sofrimentos” (Montiel, 2004). É preciso cuidar do cuidador. É preciso perceber quem são esses cuidadores, como eles cuidam, quais as consequências desse cuidado e quais são as contribuições

de todos os profissionais que atuam como cuidadores para um cuidado efetivo e que tenha o sujeito como centro.

## **Considerações Finais**

A relação existente entre os profissionais da limpeza e os usuários do centro de tratamento do câncer pediátrico em estudo e o cuidado ofertado pelos trabalhadores produz sentimentos de valorização pessoal, satisfação, amor, desvelo e compaixão; mas mostram-se também, em muitos momentos, como causadores de extremo sofrimento por parte dos profissionais. Eles sofrem porque se vinculam e depositam nos sujeitos dos quais cuidam, esperanças e desejos de melhora. Eles se vinculam, depositam afeto, investem tempo e dedicação nas relações e sofrem como consequência do vínculo, partindo do pressuposto de que o sofrimento é decorrente da medida de afeto investido na relação (Cavalcante, 2006).

O vínculo entre os profissionais de limpeza e os usuários, contudo, não é legitimado pela maioria da equipe, que não os compreende como equipe de cuidado. Aqui, a dimensão relacional do trabalho dos profissionais de limpeza não é compreendida e aceita em sua plenitude e, como consequência disso, o sofrimento decorrente do vínculo também é algo controverso na unidade de saúde. Os momentos de piora no estado de saúde das crianças e de óbito são as ocasiões mais difíceis de serem vivenciadas pelos trabalhadores. São frequentes os sentimentos de fadiga, cansaço, desestimulação e tristeza decorrentes dos processos de lutos não vivenciados e não elaborados.

Diante dessa realidade, porém, não há espaço institucional para a escuta e acolhimento das demandas da equipe, já que essa não é vista como equipe de cuidado e não é notada como demandante de atenção e de cuidado ao cuidador. Apesar de não existirem esses espaços institucionalmente estabelecidos e nem abertura para se trabalhar essas demandas, os trabalhadores utilizaram-se, porém, de estratégias de enfrentamento e autocuidado para que fosse possível lidar com as situações vivenciadas na instituição. Estas foram: o afastamento das situações de dor e angústia; busca do apoio religioso/espiritual e necessidade de compartilhamento dos



sentimentos com os colegas de trabalho, familiares, amigos e integrantes da equipe de saúde que disponibilizam essa escuta.

Para Campos (2005, p. 42) “o cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa”. Há a necessidade de cuidar dos cuidadores, para que estes se sintam fortalecidos e protegidos e possam efetuar suas práticas de cuidado ao usuário.

Os profissionais do cuidado necessitam de um espaço cuidador, no qual manifestam seus atos de saúde, mas necessitam também de espaços protetores que os acolham, os escutem, os compreendam e validem suas experiências, construindo ferramentas e mecanismos para a efetivação de um cuidado de qualidade e terapêutico.

Pensando nas possibilidades de cuidado ao cuidador, apontamos que é necessário voltar o olhar também para os profissionais de limpeza, que se mostram como uma equipe que se vincula aos usuários, cuida deles e sofre por conta desse vínculo. A esfera cuidadora desses profissionais foi manifestada claramente, mas se percebe a necessidade deles serem também cuidados, necessitando de suporte e de atenção.

Essas estratégias de cuidado ao cuidador são essenciais para a proteção e cuidado dos profissionais e podem ser institucionalizadas pela existência de grupos de apoio, rodas de conversas entre os profissionais, espaços de escuta, dentre outros; ou não institucionalizadas, criadas pelos próprios profissionais nas redes não formais de autocuidado.

A necessidade desses espaços protetores, porém, não se refere apenas à atuação do profissional de psicologia, mas aponta para a mudança de uma lógica organizacional que tenta anular as subjetividades e os afetos existentes na instituição. É preciso olhar para o trabalho que se faz no ato, creditando a natureza subjetiva deles e validando os afetos e as trocas existentes entre os atores, já que o cuidado em saúde pauta-se, primordialmente, na esfera afetiva dos atos de saúde.

Cabe aos profissionais da psicologia e aos outros profissionais e gestores da saúde, sensíveis a essa questão, a responsabilidade pela

efetivação de políticas e projetos voltados para essas categorias, pautando-se nos vínculos existentes entre elas e os usuários e nas potencialidades que esses vínculos carregam.

## Referências

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. (v.3: Loss, sadness and depression). New York: Basic Books.
- Brêtas, J. R. da S., Oliveira, J. R. de, & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista Escola de Enfermagem*, 40(4), 477-483.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Cavalcante, C. M. (2006). *Relações Interpessoais na Atenção à Saúde Mental de Crianças Residentes em Lares Substitutos*. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- Costa, J. B., Mombelli, M. A., & Marcon, S. S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 317-325.
- Dal Pai, D., & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 60-65.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429.
- Marques, A. P. (2004). Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 2(2).
- Lima, M. J. V. (2014). *O cuidado em saúde: a experiência do trabalhador de higienização diante do contato com os usuários de um centro de tratamento do câncer pediátrico*. Monografia de Conclusão de Curso. Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará.

- Merhy, E. E. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Montiel, J. M. (2004). A fenomenologia do cuidar: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. *Psicologia-USF*, 9(2), 221-223.
- Ricoeur, P. (2002). *O único e o singular*. (M. L. Loureiro, Trad.). São Paulo: Editora UNESP.
- Silva, H. A. (2010). Abordagem fenomenológico-hermenêuticas. *Revista Eletrônica Ágora*, (10).
- Sznelwar, L. I., Lancman, S., Wu, M. J., Alvarinho, E., & Santos, M. (2004). Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, 14(3), 45-57.

#### **Anexo A – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada**

Aqui contém as perguntas que funcionarão como disparadoras para as questões que nesta pesquisa. As questões de sigilo e liberdade para participar e permanecer na pesquisa foram assinadas no termo de consentimento livre e esclarecido. Relembramos também, que caso alguma questão venha a afetar de forma considerável suas emoções e sentimentos, a pesquisa pode ser interrompida e o apoio será prestado sem nenhum ônus ou pagamento.

Como você se sente trabalhando em um hospital que cuida de crianças e adolescentes com câncer?

Como é cuidar de crianças e adolescentes com câncer?

Você sente-se afetado, de alguma forma, pacientes e familiares que frequentam o hospital?

Como você lida com isso?

O que você faz para se cuidar diante dessas questões?

## **Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “A EXPERIÊNCIA DO TRABALHADOR DE SAÚDE DIANTE DO CONTATO COM OS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE TRATAMENTO DO CÂNCER PEDIÁTRICO”.

O objetivo da pesquisa é compreender como se dá a experiência do trabalhador da equipe de higiene e limpeza diante do contato com os pacientes e acompanhantes que frequentam o Centro Pediátrico do Câncer. Buscando-se investigar também quais são as técnicas e os saberes que os trabalhadores de saúde lidam para atuar diante do sofrimento, se há e quais são os pontos de sofrimento psíquico desses profissionais na execução de seu serviço e quais estratégias minimizariam esse sofrimento psíquico.

Caso você concorde em participar desse estudo, será realizada uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas em um local seguro, onde não haja interrupções e incômodos. As perguntas visam compreender sua experiência como trabalhador de um hospital de oncologia pediátrica, quais são suas principais dificuldades e ganhos e como você se sente trabalhando aqui. Caso haja algum constrangimento ou emoção incômoda, você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se a entrevista continuará ou se será interrompida.

Pedimos permissão para gravar suas respostas para que não seja perdida nenhuma informação. Nessa gravação, não é colocado seu nome e sim um número. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as respostas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Você é livre para escolher participar da pesquisa e sua decisão será respeitada sem qualquer prejuízo para o seu acesso ao Serviço de Psicologia e ao CPC, assim também como pode desistir a qualquer momento e pedir informações sobre esse estudo e seus resultados. Sua participação é voluntária, o que dizer que não existe pagamento a ser feito.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de conclusão de curso, chamado monografia, e será apresentado para uma banca de professores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma impessoal e geral.

Os dados que obtivermos na pesquisa são importantes para podermos compreender a experiência do trabalhador de saúde, bem como para pensarmos em estratégias que minimizem os impactos negativos e potencializem os impactos positivos decorrentes da realização do trabalho.

Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

#### CONSENTIMENTO:

Eu, \_\_\_\_\_ fui bem informado (a) sobre a pesquisa antes falada e estou bem esclarecido para decidir participar dela, ficando claro de que minha participação é voluntária e confidencial, podendo vir a retirar este consentimento a qualquer momento sem prejuízos. Estou ciente do passo a passo da pesquisa, dos possíveis riscos psicológicos e da garantia de apoio, confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, declaro que concordo em participar de espontânea vontade desse estudo.

\_\_\_\_\_  
Sujeito

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável