

Artigo original



Equipe assistencial em oncologia e suas concepções sobre sua prática assistencial

El personal de cuidados oncológicos y sus concepciones de su práctica asistencial

Oncology care team and their conceptions of care practice

Beatriz Rihs Matos Tavares¹ Milena Dórea de Almeida² ¹Contato para correspondência. Universidade Federal do Sul da Bahia (Teixeira de Freitas). Bahia, Brasil. beatrizrihs@gmail.com²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Santo Antônio de Jesus). Bahia, Brasil. milena.dorea@ufpb.edu.br

RESUMO | INTRODUÇÃO: O trabalho em saúde contribui direta ou indiretamente na construção da subjetividade, no estilo de vida e nas saúdes física, psíquica, social e espiritual do profissional. **OBJETIVOS:** Investigar as significações que profissionais de oncologia que trabalham na assistência a usuários com câncer do Sistema Único de Saúde têm sobre sua prática; discutir os efeitos dessas significações em seus processos de subjetivação. **MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que foi aplicado um questionário on-line e teve como amostra final cinco trabalhadoras: três psicólogas, uma médica e uma técnica administrativa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Discute-se a satisfação no âmbito pessoal, social e financeiro, a identificação com a área da saúde, a confusão de sentidos no que se refere ao doente e a sua família e o desgaste físico-emocional com as demandas do trabalho em saúde pública. **CONCLUSÃO:** O trabalho dos profissionais de saúde perpassa a esfera do sujeito, que responde os desafios com sua trajetória profissional e singular. Assim, há a necessidade de criar mecanismos e estratégias que atendam às demandas do serviço prestado e que sejam condizentes com as realidades do ambiente de trabalho, a fim de manter a integridade física e psíquica do trabalhador, com o intuito de evitar o seu sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias. Pessoal da Saúde. Saúde Ocupacional. Stress Ocupacional.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: El trabajo en salud contribuye directa o indirectamente para la construcción de la subjetividad, del estilo de vida y de la salud física, psicológica, social y espiritual de los profesionales. **OBJETIVOS:** Investigar los significados que los profesionales de oncología que trabajan en la atención del cáncer en el sistema público de salud brasileño tienen sobre su práctica; discutir los efectos de estos significados en sus procesos de subjetivación. **MÉTODO:** Se trata de un estudio cualitativo en el que se aplicó un cuestionario online y la muestra final estuvo formada por cinco trabajadoras: tres psicólogas, una médica y una técnica administrativa. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Se analiza la satisfacción en las esferas personal, social y económica, la identificación con el área de salud, la confusión de significados en relación con el paciente y su familia y el agotamiento físico-emocional por las exigencias del trabajo en la sanidad pública. **CONCLUSIÓN:** El trabajo de los profesionales de salud permea la esfera del individuo, que responde a los desafíos con una trayectoria profesional propia y única. Así, es necesario crear mecanismos y estrategias que atiendan a las demandas del servicio prestado y sean coherentes con las realidades del ambiente de trabajo, a fin de mantener la integridad física y psicológica del trabajador, con el objetivo de evitar su sufrimiento.

PALABRAS CLAVE: Neoplasmas. Personal de Salud. Salud Ocupacional. Estres Ocupacional.



ABSTRACT | INTRODUCTION: Health work contributes directly or indirectly to the construction of subjectivity, lifestyle and the physical, psychological, social and spiritual health of professionals. **OBJECTIVES:** To investigate the meanings that oncology professionals working in cancer care in the Brazil's public health system have about their practice; to discuss the effects of these meanings on their processes of subjectivation. **METHODS:** This is a qualitative study in which an online questionnaire was applied and the final sample was made up of five workers: three psychologists, one doctor and one administrative technician. **RESULTS AND DISCUSSION:** Satisfaction in the personal, social and financial spheres, identification with the health area, confusion of meanings in relation to the patient and their family and physical-emotional exhaustion from the demands of working in public health are discussed. **CONCLUSION:** The work of health professionals permeates the sphere of the subject, who responds to the challenges with their professional and unique trajectory. Thus, there is a need to create mechanisms and strategies that meet the demands of the service provided and are consistent with the realities of the work environment, in order to maintain the physical and psychological integrity of the worker, with the aim of avoiding their suffering.

KEYWORDS: Neoplasms. Health Personnel. Occupational Health. Occupational Stress.

Introdução

Este trabalho põe em foco o profissional de cancerologia atuante no sistema público de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). O câncer é uma doença crônica e um grave problema de saúde pública, pois, além de ter uma relevância epidemiológica no que tange à morbimortalidade, é uma patologia associada à morte e ao sofrimento, fazendo com que o doente e aqueles que o cercam confrontem o acontecimento com tristeza, dor e a finitude da vida (Dib et al., 2022). A atenção em cancerologia demanda habilidades técnicas e afetuosas dos profissionais de saúde e, por isso, exige uma assistência que envolve alta complexidade tecnológica, relacional e afetiva (Tavares et al., 2024). Os trabalhadores da área oncológica se deparam com situações de dor, de finitude/morte, de mutilações e efeitos colaterais que geram uma cascata de reações físico-emocionais em todos os envolvidos e exigem tomada de decisões.

Além do desencadeamento de emoções e sentimentos, tais como negação, dor, raiva, tristeza, saudade e perda, pacientes e familiares fazem questionamentos e buscam por respostas, o que desencadeia um ciclo de significações e ressignificações, com o intuito de alcançar o entendimento de que as perdas decorrentes do adoecimento não são o fim, mas possibilidades de se criar uma nova forma de viver (Carvalhido & Faria, 2022). Mesmo quando a finitude ocorre, a ressignificação é possibilitada por diferentes recursos utilizados pelos familiares, como mostra a pesquisa realizada por Frasson et al. (2021) com mães que perderam seus filhos para o câncer. Importante pontuar que, nesse processo, o apoio institucional e profissional é essencial e, por isso, os profissionais de saúde são requeridos para esse cuidado e assumem suas dificuldades e sentimentos de sofrimento (Beserra & Brito, 2024). Assim, também necessitam ressignificar suas posições diante do cuidado e encontrar sentido no trabalho desenvolvido.

As palavras sentido, significado, significação e ressignificação são conceituadas no dicionário (Dicio, 2009 - 2024). A primeira se refere à acepção conotativa e definição de algo, a depender do contexto inserido. O termo significado se entrelaça à concepção de sentido, por ser, para além deste, também a importância que se dá a algo ou ao que esse algo quer dizer. Significação remete à evocação da memória sobre um ou mais sentidos e/ou significados representada ou expressada por sinais, gestos ou fatos. Já ressignificação se refere ao ato ou efeito de ressignificar, ou seja, de atribuir um novo significado, dando um sentido diferente a alguma coisa anteriormente significada.

Muitos profissionais têm dificuldades com os temas da morte e do luto, tornando-os assuntos temidos, negados e, por vezes, tratados com naturalidade apressada, materializada em expressões simplistas como “todo mundo morre”, “a morte é a única certeza que temos”, esquivando-se de elaborar e tratar as temáticas com o respeito merecido. A história social da morte no ocidente demonstra que já houve um respeito maior pelo assunto e, na contemporaneidade, há uma mudança indelicada neste tratamento: ora o esconde – em tratamentos fúteis, em hospitais –, ora o escancara – em exposições de morte violenta (Kovács, 2003).

As colocações supracitadas contribuem no embasamento deste trabalho, que foi idealizado a partir de pesquisa anterior (Tavares et al., 2024), que teve como público-alvo profissionais de saúde de um serviço de oncologia. Os resultados identificaram diferentes manifestações que denotam o sofrimento psíquico desses trabalhadores, tais como (I) dificuldades em colocar limites no exercício de suas atividades laborais, ocorrendo ausência/esquecimento de suas necessidades fisiológicas; (II) sentimento de desvalor social pela sua profissão, expressos em queixas de baixos salários, ausência de plano de carreira, escassa comunicação com a equipe e atitudes agressivas de alguns usuários que trazem o sentimento de humilhação; (III) negligências com seus processos de cuidado pessoais, manifestos em negação do sofrimento emocional e adoecimentos físicos; (IV) falta de amparo institucional para cuidar das relações e dificuldades no trabalho; e (V) atravessamentos da história de vida pessoal com seu fazer profissional, implicando em desrespeito à individualidade e à história de vida do usuário e do familiar, naturalizando modos de enfrentamento do adoecimento segundo sua perspectiva e promovendo comunicações repletas de ruídos e mal-entendidos.

Dentro do contexto da saúde pública, acrescentam-se algumas especificidades: o racismo e o classismo – característicos das estruturas das instituições brasileiras – transformam o SUS em um serviço precarizado, com ausência de recursos para atender com integralidade e resolutividade às necessidades de saúde da população assistida (Almeida & Borges, 2022). Assim, os profissionais lidam com especificidades de desafios que exigem posicionamentos e assistências diferenciadas para tentarem assistir os usuários com qualidade. Esses desafios incluem as expectativas trabalhistas, o relacionamento interpessoal com pacientes, familiares e colegas de trabalho, o enfrentamento de vivenciar o processo de morrer, a morte e o consequente luto e administrar situações de negligência e violência que os usuários carregam ou outros sofrimentos sociopolíticos (Bastos, 2024; Beserra & Brito, 2024).

Nesse contexto, questiona-se: quais são as implicações que a ausência de espaços profissionais de cuidado pode ter nos processos subjetivos dos profissionais? Como esses processos subjetivos têm efeitos nas (des)construções de seu fazer técnico?

Defende-se que a técnica é a competência profissional de realizar o seu trabalho de forma ética e comprometida, o que é diferente da indiferença e de simplificação em seu fazer no cuidado com o outro (Moretto, 2019). Reconhece-se que o trabalho em saúde contribui direta ou indiretamente na construção da subjetividade, no estilo de vida e na saúde física, psíquica, social e espiritual do profissional, o que influencia nas condutas subjetivas perante conflitos.

Quando se relaciona os processos de subjetividade à área oncológica, conforme informado, tem-se o agravamento de os profissionais lidarem cotidianamente com aquilo que evitam confrontar, como situações de finitude, morte e efeitos adversos que provocam respostas emocionais (Tavares et al., 2024). Enfermeiros hospitalares sofrem problemas como exaustão emocional, fadiga por compaixão, luto não enfrentado e Síndrome de Burnout (Garzin et al., 2024). Além disso, vivenciam repetidas situações desgastantes, físicas e emocionais, como o manejo das questões burocráticas em excesso, o estresse com o não funcionamento ideal da rede de saúde em que estão inseridos, o papel de ser o portador de más notícias e de ter que entrar em contato direto com uma variedade de sofrimentos e histórias de vida de pacientes, familiares e lidar com as questões subjetivas destes. A rotina hospitalar também é caracterizada por um fluxo rígido de atividades; pela execução de tarefas complexas e, muitas vezes, repulsivas; pela realização de exames delicados e invasivos; pela imprevisibilidade do resultado de seu trabalho; e pela precarização das condições de trabalho, sobretudo no serviço público.

As subjetivações são os modos de os sujeitos se estruturarem, delinear a sua apresentação no mundo e constituírem laço social, e isso é feito a partir de interpretações das suas vivências (Birman, 2014). Os modos de construção da subjetividade podem ser enfeitados, alterados, transformados e reformulados a partir das conexões criadas entre o sujeito, as suas relações com outros indivíduos e as condições do ambiente ao qual é exposto. Para a Psicanálise, esse percurso implicará em mal-estar, uma condição inerente não-patológica de se estar e de partilhar de uma cultura, na qual o indivíduo abdica de uma parcela de liberdade, do bem-viver de suas pulsões.

As subjetividades contemporâneas são marcadas por um baixo nível de recursos simbólicos e coletivos que conferem sentido à vida e ao mal-estar (Birman, 2014). Ou seja, há um enorme empobrecimento no campo do pensamento e da linguagem, comprometendo a capacidade de metaforizar o mal-estar, tendo como principal efeito o transbordamento da angústia em: (I) sintomas físicos corporais, caracterizados pela medicina como síndrome de pânico, estresse, fadiga crônica e tratados com excessiva medicalização e outras terapias que visam o corpo mecânico para discipliná-los; (II) grandes passagens ao ato, como a hiperatividade, a compulsão, a criminalidade, o uso mecanizado de drogas, incluindo os medicamentos, as escarificações e o suicídio. O psiquismo não aguenta a sensação de angústia, como as perdas e morte evocam, e, na ausência de palavras para lidar com o mal-estar decorrente desse encontro, o corpo somatiza e o sujeito age, sem qualquer reflexão e vitalidade subjetiva, muitas vezes, cristalizado em um único modo de sentido e ação. Essa dificuldade de realçar a importância da subjetividade na cena social adentra os hospitais.

Atualmente, com a exigência de psicólogos hospitalares em algumas instituições de tratamento especializado, há a contratação de profissionais dessa área. Porém, a experiência nessa função e o relato de colegas sobre as dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe demonstram que essa é uma função estranha aos demais profissionais. Dessa maneira, é imprescindível diferenciar a especialidade psicologia organizacional do trabalho, sendo que esta tem como foco a saúde do trabalhador, as condições e relações de trabalho e os efeitos na produtividade e na realização pessoal dos indivíduos (Resolução nº 23, 2022).

Assim, em psicologia hospitalar, considera-se indispensável que as práticas sejam voltadas para realçar “a dimensão subjetiva e de saúde mental das pessoas assistidas em hospitais... durante o tratamento, levantando também discussões acerca do processo de adoecimento, luto e assistência aos familiares” (CFP, 2019, p. 6). Para a construção de suas práticas, o/a psicólogo/a deve considerar as legislações que regem o hospital e sua profissão, a realidade institucional – como o contexto de surgimento, de inserção e de funcionamento no espaço social e local – as

características do público assistido, as especificidades do adoecimento dos usuários e dos tratamentos dispensados para seu cuidado e a teoria de formação do psicólogo – importante como guia para a elaboração de técnicas condizentes e eficazes para o alcance dos objetivos institucionais. Os objetivos institucionais são, sobretudo, cuidar da dor de usuários e familiares face ao seu processo de adoecimento e a psicanálise é uma das teorias que contribui com isso e está, historicamente, envolvida com a implementação dessa especialidade no país.

O/a psicólogo/a hospitalar institui técnicas, como entrevistas e testes psicológicos, para ofertar serviços de acolhimento, acompanhamento e avaliação dos usuários e contribuir com a construção de modos de enfrentamento da situação que tragam menos sofrimento emocional. Com a equipe hospitalar, a função do psicólogo é colaborar com os processos de comunicação na tríade equipe-usuário-família e com os processos formativos dos profissionais da equipe, oferecendo dispositivos para o conhecimento da psicologia hospitalar e olhares para a subjetividade dos usuários e familiares. Todas as ações propostas têm como foco o usuário e sua família. Sua função na equipe é de intervir em conflitos que os profissionais possam ter diante dessa subjetividade que está na cena hospitalar. Por isso, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe e pode promover um grupo de reflexão para manejar dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe na relação com o paciente e a família.

Considerando o exposto, algumas questões são postas: Como os profissionais da oncologia concebem a sua função? Como percebem as dificuldades com que lidam no ambiente de trabalho? Como lidam com esses processos e quais os efeitos disso nos cuidados dispensados aos usuários? Como temas delicados, como a morte e a religião, são tratados no contexto hospitalar? Há possibilidades para organizar um dispositivo grupal com os princípios da psicologia hospitalar para cuidar desses temas?

No campo da abordagem dor/sofrimento psíquico de profissionais de oncologia, quatro pesquisas se aproximam da abordagem proposta. Beserra & Brito (2024) analisam situações difíceis e sentimentos que

emergem no profissional de saúde diante do cuidado do paciente paliativo oncológico. [Oliveira & Alves](#) (2021), ao focarem no cuidador profissional, buscam compreender as concepções de cuidados paliativos para trabalhadores de apoio das equipes de saúde (copeiros, porteiros, auxiliares de serviços gerais e recepcionistas) e como percebem que suas ações contribuem para os cuidados paliativos. Já [Carmo, Siman, Matos & Mendonça](#) (2019) buscam compreender a perspectiva de enfermeiros de uma unidade de oncologia no interior de Minas Gerais acerca do processo de enfrentamento dos desafios vivenciados no cuidado à pessoa com câncer. [Siqueira](#) (2018) também foca atenção nos enfermeiros, porém, do setor de cuidados paliativos oncológicos de um hospital público no Rio de Janeiro, objetivando conhecer as experiências vivenciadas por eles, descrever características que podem contribuir para a ocorrência de sofrimento psíquico dessa categoria e elaborar uma tecnologia de cuidado que minimize o sofrimento psíquico desses profissionais.

Destarte, os objetivos desta pesquisa são: investigar as significações que profissionais de oncologia que trabalham na assistência a usuários com câncer do Sistema Único de Saúde têm sobre sua prática; discutir os efeitos dessas significações em seus processos de subjetivação.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa no campo da saúde, que tem como inspiração o modelo de pesquisa clínico-qualitativo formulado por [Turato](#) (2008). Tal modelo investiga as representações psíquicas do sujeito sobre um determinado evento, expressas pelos sentidos e significados e analisadas pela correlação com a literatura, a qual tem-se como pilar, neste estudo, a psicologia hospitalar, com foco na psicanálise. O trajeto metodológico se baseou na aplicação de um questionário on-line, elaborado a partir de consultas a pesquisas ([Carmo et al., 2019](#); [Siqueira, 2018](#)) e divulgado pela plataforma Google Formulários. A escolha pelo questionário on-line teve o intuito de ampliar o público pesquisado.

O questionário on-line foi subdividido em quatro partes: 1. Síntese explicativa sobre a pesquisa; 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE; 3. Questões sobre o perfil do participante: nome, e-mail, idade, gênero/sexo, raça/cor, estado civil, religião, cidade e estado em que trabalha, habilitação da instituição de trabalho, função que exerce na equipe multidisciplinar, tempo de atuação no setor oncológico, se está de férias ou licença médica; 4. Questionário propriamente dito com as seguintes questões: (I) Por que você trabalha com oncologia?; (II) Como você descreve o usuário que você cuida no serviço público de oncologia?; (III) Como você descreve o seu ambiente de trabalho?; (IV) Quais são as dificuldades relacionadas à infraestrutura com as quais você lida no trabalho?; (V) Quais são as dificuldades relacionadas aos seus colegas de equipe com as quais você lida no trabalho?; (VI) Quais são as dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe com as quais você lida no trabalho?; (VII) Quais são dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe com as quais você lida no trabalho?; (VIII) O que te ajuda a lidar com essas dificuldades?; (IX) Quais são as influências da sua vida profissional na sua vida pessoal e vice-versa?

Para compor a amostra da pesquisa, foram elencados os seguintes critérios: ser profissional de saúde da área oncológica que atende ao setor de saúde pública, com tempo de experiência superior a um ano e não estar de férias nem de licença. Os riscos decorrentes da participação no estudo foram vivenciar algum desconforto ou mal-estar por tocar em aspectos sensíveis, privados e íntimos e poder revelar pensamentos, ideias e sentimentos ainda não compartilhados. Além disso, havia o risco de divulgação de dados confidenciais (registrados no formulário digital) e de tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário. Não houve benefícios diretos nem imediatos para o participante, somente benefícios indiretos, como: compartilhar suas vivências e proporcionar reflexão sobre as respostas dadas, tendo um efeito de ressignificação das experiências. Os cuidados para minimização dos riscos foram tomados, a saber: os formulários e suas respostas foram acessados, com respeito ao sigilo, apenas pela pesquisadora e estudante vinculado à pesquisa, e solicitou-se que o participante estivesse em ambiente reservado e sigiloso no momento de responder ao formulário.

O formulário foi divulgado diariamente por redes sociais e e-mail, entre os dias 01 de março a 30 de junho de 2023 e recebeu cinco respostas. Avalia-se que a quantidade de participações não foi suficiente para atestar a saturação teórica. Apesar disso, as respostas obtidas contemplam os objetivos propostos.

Posteriormente à aplicação do questionário on-line, foram realizadas leituras flutuantes do material colhido, a fim de conhecê-lo, sem singularizar qualquer elemento do discurso coletado. Logo após, os dados foram exportados para uma planilha do Microsoft Excel para a realização da análise descritiva das informações sociodemográficas com o objetivo de caracterizar o perfil das participantes. Já o estudo das respostas textuais baseou-se na repetição de grupos de palavras e frases, individual e coletivamente, com posterior classificação destas em temas, os quais foram relacionados à literatura científica para interpretação e discussão do material juntado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Sul da Bahia mediante CAAE nº 65225022.8.0000.8467 e parecer de aprovação nº 5.902.529. A pesquisa é validada pelo checklist *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (O'Brien et al., 2014).

Resultados e discussão

O banco amostral desta pesquisa é composto por cinco mulheres, identificadas por nomes fictícios e cuja síntese do perfil sociodemográfico é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese das características sociodemográficas das participantes

Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5
Sara, 42 anos, branca, casada, católica, psicóloga, atuante, há mais de 10 anos, em serviço tipo CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica, do terceiro setor, localizada na capital do estado da Bahia / Brasil.	Amanda, 28 anos, parda, casada, evangélica, técnica administrativa, atuante, entre 05 e 10 anos, em serviço tipo UNACON, de gestão municipal, localizado no interior do estado da Bahia / Brasil.	Úrsula, 63 anos, parda, solteira, sem religião, médica, atuante, há mais de 10 anos, em serviços tipo UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica, de gestão estadual, localizados na capital e no interior do estado da Bahia / Brasil.	Deise, 35 anos, parda, casada, sem religião, psicóloga, atuante, entre 05 e 10 anos, em serviço tipo CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica, do terceiro setor, localizado na capital do estado da Bahia / Brasil.	Ester, 24 anos, parda, casada, evangélica, psicóloga, atuante entre 01 e 05 anos, em serviço tipo UNACON, de gestão municipal, localizado no interior do estado da Bahia / Brasil.

Fonte: os autores (2025).

Sobre os tipos de serviço, o terceiro setor corresponde à empresa não governamental e sem fins lucrativos e a classificação das instituições de oncologia são definidas pela Portaria nº 1399, do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, que atribui recursos físicos, estruturais e humanos mínimos para a respectiva habilitação.

A análise das respostas abertas do questionário deu origem a três grandes temas, divididos de acordo com as significações que as participantes atribuíram e, para ilustrá-los, foram trazidos trechos de respostas, nos quais realizou-se pequenas adequações onde havia equívocos de digitação, para melhor compreendê-los.

A especialidade oncologia e o trabalho na saúde pública

O trabalho é uma práxis, física e intelectual, desenvolvida intencionalmente pelo homem e condicionada a transformar a realidade e a viabilizar a sobrevivência do ser, sendo intimamente ligada ao reconhecimento, à satisfação pessoal, profissional e social, e ao desenvolvimento econômico, como meio para garantir sustento, exercer e demonstrar suas capacidades e se inserir na sociedade (Zanelli et al., 2004). A escolha sobre em qual área atuar é um caminho que não é simples nem linear, sofre influências econômicas, familiares, sociais e pessoais, as quais geralmente são consideradas no momento de deliberação de seu propósito. Remete a saber o que quer fazer, a entender quem quer ser e a qual lugar pertencer no mundo por intermédio do seu trabalho, necessitando que o indivíduo olhe para si e se identifique com a profissão escolhida para que seja uma escolha implicada.

Sobre a escolha da oncologia como área de exercício laboral, a profissional Amanda refere que a área da saúde é muito especial e tem forte identificação; as profissionais Úrsula e Deise também revelam um certo apreço pela área oncológica; e a profissional Sara remete a uma escolha influenciada por “experiência pessoal”. Estas respostas demonstram a ligação afetiva com a área, relacionando o exercício da função com o prazer e a construção de suas identificações como sujeito (Duarte et al., 2021). A profissão deve colocar em perspectiva o possível crescimento e desenvolvimento na área atuante para que o exercício da função adotada seja pleno e a escolha constantemente reafirmada. Isto fica evidente na fala de Sara: *“pois é a área pela qual mais me interessa e sinto desafiada na saúde”*, em que se percebe uma junção entre interesse na área atuante e a possibilidade de transformação para lidar com os desafios do seu trabalho.

Sobre os fatores econômicos, as respostas pouco apontam para a preocupação com retorno financeiro. Duas participantes colocam que atuar na saúde foi uma oportunidade que lhes possibilitou entrar no mercado de trabalho na área de atuação que gostam e têm interesse. No entanto, observa-se a remuneração financeira negligenciada nas respostas e a fragilidade dos vínculos trabalhistas dessas profissionais. Apesar de todas trabalharem em instituições de saúde vinculadas ao SUS, só uma é servidora pública. Deise escreve: *“Insatisfação com plano de carreira. Conflitos. Desgaste físico. Muitos assumem muito trabalho para tentar viver bem”*, o que aponta para outros empregos para sustentar os custos.

Algumas instituições públicas de saúde são formadas pelo terceiro setor e atendem pelo SUS através do pagamento por serviço utilizado pelo usuário e complementado por financiamento privado, adquirido por doações da comunidade. Nessas instituições, os profissionais não são concursados. Já nas instituições vinculadas ao sistema governamental, os profissionais podem ser concursados e ascender ao plano de carreira, o que lhes dá estabilidade de servidor público e crescimento profissional programado. Porém, em todas as instituições de saúde, não há um contrato único de trabalho para os profissionais. Além do contrato por concurso público, há diversos outros acordos que variam em quantidade e em qualidade de benefícios e salários e alguns são precários e instáveis. Os trabalhadores podem ser celetistas, prestadores de serviço, terceirizados, intermitentes e pessoas jurídicas.

A diferença entre esses vínculos trabalhistas no serviço público gera atrito entre os colegas e se raciocina que a lógica individualizante e culpabilizante com que a sociedade contemporânea lida com os sucessos e fracassos no campo profissional podem acarretar juízos de valor distorcidos sobre a sensação de não ter feito o suficiente para angariar melhor posição trabalhista (Bastos, 2024). A partir do que se expõe nesta discussão, entende-se que se trata de uma população vulnerável em suas condições de trabalho. Em acréscimo, tem-se a vulnerabilidade socioeconômica de profissionais com menor remuneração, como os da limpeza, segurança, maqueiro, copeiro, técnicos administrativos e de enfermagem. Antunes (2018) dissecou essa precarização estrutural do trabalho no mundo globalizado e de serviços on-line.

Suas reflexões ajudam a compreender as mudanças que ocorrem nas novas contratações e os efeitos socioeconômicos disso.

O trabalho é, em diversas situações, algo dual: pode ser realizador ou desencadeador de problemas, inovador ou assolador, prazeroso ou penoso, tendo, em cada forma, consequências que impactam diretamente a vida cotidiana do trabalhador (Bastos, 2024; Duarte et al., 2021). As profissionais participantes descrevem o ambiente de trabalho como difícil, com problemas, pesado, desafiador e, em contrapartida, rico de vivências, em que a satisfação ocorre por se perceberem importantes na vida de pacientes e familiares e que estes também são importantes para elas e lhes ensinam, conforme destaca Amanda. Os desafios estão relacionados à precariedade do serviço público versus a alta demanda e a necessidade de uma assistência que considere o contexto socioeconômico, os afetos e as vivências de cada sujeito atendido. Ester traz que precisa da *"sensibilidade do ouvir e do tratar o paciente de forma social, de forma inteira, o cuidado, afeto e etc."*.

Dessa maneira, a equipe assistencial, com o tempo, cria vínculos com o sujeito com câncer, e é por intermédio das vivências e experiências adquiridas durante o atendimento ao usuário oncológico que, diante de conflitos e dificuldades cotidianas, o profissional passa a ampliar sua visão e a ofertar um cuidado integral e humanizado (Veiga et al., 2021). A participante Amanda, ao descrever o usuário que cuida no serviço público de oncologia, aponta: *"lidamos com pacientes com difícil aceitação, tem a questão do porque estou passando por isso... mas que podemos fazer com que se sintam melhor, abraçados e que possam ver a esperança, pois nem tudo está perdido"*. Neste trecho, percebe-se que há o real do trabalho, que foge ao previsto, prescrito e normatizado, tornando algo inesperado, mas que, mesmo assim, o profissional deve dar conta (Dejours, 2011). A profissional tenta entender os questionamentos que o doente tem acerca da sua condição e futuro, ao mesmo tempo em que adequa o seu trabalho de forma a acolher este indivíduo para que não veja a luta contra o câncer apenas como uma sentença de morte.

A maleabilidade da profissional parece contrastar com a rigidez da infraestrutura das instituições, as participantes apontam que a maior dificuldade é com o espaço físico que se mantém o mesmo de anos atrás, enquanto o número de usuários cresceu muito. Avaliam a carência de espaço adequado para melhora da ambiência hospitalar para os profissionais, pacientes e familiares. Por exemplo, falta sala para comunicação de más notícias e outros tipos de acolhimento familiar, espaço para velório, copa serem preparadas exceções para à dieta do paciente e banheiro com acessibilidade para familiares. Ou seja, a infraestrutura não comporta a demanda do serviço prestado pela instituição em conformidade com os princípios da universalidade, integralidade e igualdade do SUS. Úrsula complementa sobre a falta de espaço físico e tecnológico que atendam a necessidade do serviço: *"falta de setor de ressonância magnética no hospital. Falta de Serviço de Radioterapia no hospital"*.

As participantes vivenciam em seu cotidiano de trabalho diversas situações que geram esgotamento profissional, físico e mental. Estes são identificados quando as demandas ultrapassam as possibilidades de resolução e são intensificados pelo não reconhecimento do trabalho prestado, problemas burocráticos e na execução cotidiana do serviço, falhas na gestão dos profissionais e escassez na infraestrutura e de recursos que auxiliam o profissional (Sacadura-Leite et al., 2019). Os fatores estressores ora podem dificultar a execução de uma assistência satisfatória ao paciente, ora podem entusiasmar para atuarem com primor a esses sujeitos, por desenvolverem estratégias de enfrentamento.

Dentre essas estratégias, têm-se as competências e habilidades profissionais para assistir o usuário e familiares, como o acolhimento, a avaliação diagnóstica e terapêutica, a intervenção precoce em agravos, a escuta atenta; além de lidarem com demandas burocráticas do serviço (Lopes-Júnior & Lima, 2019). Desse modo, é ideal que a equipe de saúde tenha conhecimento técnico acerca da patologia a ser tratada e de suas repercussões e seja interprofissional e coesa para cuidar de forma articulada e prestar um atendimento eficaz e humanizado. Contudo, as respostas revelaram que a equipe é reduzida, com poucos ou nenhum representante de profissões importantes,

o tempo para discussões multidisciplinares é reduzido, há dificuldade na comunicação entre os trabalhadores e não direcionamento, por parte de alguns colegas, para resolver necessidades de assistência aos pacientes. Em contrapartida, também realçam que há colegas preocupados, comprometidos e proativos, o que indica que esses profissionais fazem uso de conhecimentos, tecnologias e estratégias para mediar as adversidades da rotina, da equipe e prover uma assistência de qualidade ao usuário.

O usuário do serviço público

Apesar do avanço terapêutico, a representação popular do câncer se configura na tríade “doença”, “tristeza” e “morte”, sendo a tristeza uma manifestação emotiva das consequências de se estar doente e a morte como uma associação direta ao diagnóstico de câncer (Dib et al., 2022). Além disso, o transcurso de luta contra o câncer que o usuário percorre é esgotável físico e psicologicamente, uma vez que é potencializado pela realização de incontáveis exames, constantes manipulações invasivas, efeitos adversos do tratamento, rotina cansativa e angústia. Para o doente, estar no ambiente hospitalar, além de ter que enfrentar uma doença, faz com que se torne retraído socialmente e tenha uma qualidade de vida reduzida, apesar dos esforços da equipe que o assiste. Isso porque outros fatores contribuem para tal, como estar distante da sua rede de apoio, mudanças na rotina e, por vezes, modificações nos papéis e nas dinâmicas familiares.

Amanda aponta: *“lidamos com sonhos e amores de outras pessoas, não é um serviço fácil... muitas vezes lidamos com pacientes com difícil aceitação... pior momento dele”*. Desse modo, percebe-se um cansaço ao ter que lidar com indivíduos que demoram a aceitar o seu diagnóstico de câncer, ao mesmo tempo em que se oferece empatia à situação pela qual o doente está passando, reconhecendo-a como um dos piores momentos de sua vida. Nesse sentido, o serviço se torna mais difícil, não tanto pelo câncer em si, mas sim porque o doente tem sonhos e é o amor e afeto daqueles que o cercam, como destaca Ester. Na resposta de Amanda, é possível perceber o olhar singular ao indivíduo com câncer e as emoções que perpassam o momento do

diagnóstico e do tratamento em *“a dificuldade maior que vejo é o medo, desespero”*, como também singulariza o sofrimento da família ao identificar *“o medo da perda, a família sofre tanto quanto o paciente”*.

A defesa da inserção da escuta singular e subjetiva àquele ser que adoece é tratada pela psicologia inserida nos contextos hospitalares. Embora concorde-se que tal função não é responsabilidade de todas as profissões, defende-se que o/a profissional de psicologia na equipe pode oferecer a escuta ao sujeito que sofre e, por diálogos interdisciplinares, contribuir para que os profissionais da equipe também possam escutar algo dessa subjetividade e saber considerá-la no momento da decisão terapêutica. O “paciente é um sujeito, é porque tem uma história que envolve os traços que foram marcando sua vida, desde a mais tenra infância, e que lhe são absolutamente singulares” e para acessar “esse sujeito é preciso que ele fale, única maneira de conhecê-lo, única maneira dele mesmo se conhecer, a ponto de podermos definir o sujeito enquanto aquele que fala.” (Alberti, 2008, p. 158).

Assim, o doente oncológico e sua família devem ser o público-alvo de cuidados e as particularidades de cada um devem ser consideradas, com objetivo de amenizar o sofrimento nessa travessia pelo adoecimento, construir a corresponsabilidade pelas decisões e possibilidades de autonomia e de desejo do sujeito em seu processo de saúde-doença (Campos & Amaral, 2007). Porém, há alguns fatores a serem considerados no que tange às dificuldades encontradas pelos usuários para serem atendidos na rede pública, tais quais o acesso ao serviço de saúde, o diagnóstico ser feito precocemente, as condições socioeconômicas do doente e a mudança de toda a sua vida para enfrentar o câncer.

Apesar da Constituição Federal do Brasil defender que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, o acesso aos serviços de saúde e os transcurso percorridos dentro da assistência oncológica são dificultados. Mesmo quando os usuários conseguem acesso às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, muitas vezes, o diagnóstico é feito tardiamente, o tratamento tem um tempo muito esparso para

acontecer, contribuindo, assim, com a consequente piora do prognóstico. O itinerário de pessoas com câncer para se inserir em instituições especializadas para estadiamento da doença e início do tratamento costuma demorar mais do que o delimitado legalmente (Holanda et al., 2022; Alencar et al., 2020).

A participante Deise observa que o tempo de retorno do paciente à instituição é muito longo, devido ao quantitativo de pacientes a serem assistidos. Já Úrsula e Ester acrescentam que a dificuldade também consiste na residência do paciente ser longe do centro especializado, retardando o seu acesso e, quando consegue, precisa do suporte de outra instituição para pouso, as denominadas casas de apoio, durante o tratamento sem necessidade de hospitalização. Em vista disso, deve-se analisar constantemente a acessibilidade ao serviço em oncologia, a fim de melhorar a qualidade da abordagem ao doente e a sua assistência, bem como fazer os ajustes necessários com relação à oferta e demanda.

Constata-se, nas falas das participantes, um certo reducionismo ao descrever os usuários dos serviços, tanto do ponto de vista da instituição, quanto da primeira ideia que lhes vem à mente ao pensar neste público. Ester descreve os usuários como *"Pacientes, Amor da vida de alguém"*, que embora demonstre atenção singular, é uma frase pronta e pouco implicada de elaboração. Já Deise ressalta que a abordagem da capelanía hospitalar *"só contempla uma religião"*, o que reduz os usuários a cultuarem uma única fé, uma única religião, que é a da direção da instituição.

Nesse sentido, percebe-se que a maioria das participantes descreve os usuários sob uma perspectiva assistencialista e realça suas carências. Os usuários são descritos como *"desfavorecidos socioeconomicamente"*, *"carente"*, *"vulnerável"*, *"sofrido"*, *"angustiado"*. No caso de insuficiência de recursos, há todo um percurso a ser transitado em busca de assistência social nas instituições de tratamento oncológico especializado. Essa busca é transversal a todos os profissionais de saúde para que haja tratamento humanizado, com protagonismo dos usuários. Porém, também acarreta desgaste na criação de meios para conseguir fundos que custeiem as necessidades relacionadas ao tratamento em um centro especializado, como transporte, alojamento, alimentação, medicamentos, artigos de higiene, dentre outras.

Essa escuta das especificidades socioeconômicas do público assistido faz parte do tratamento oncológico, porém, o profissional de saúde precisa enxergar o paciente para além desse lugar assistencialista, sob o risco de o paternalismo na assistência sucumbir o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos (Almeida & Borges, 2022). Ao enxergar o sujeito apenas pelo viés de suas carências, o sujeito pode se ver limitado em seus recursos internos para controlar a situação em que vive. As terapêuticas e as atitudes do pessoal da equipe de saúde, embora utilizadas para promover o bem-estar do paciente, podem ser percebidas como invasivas, aumentando os sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade.

Os efeitos das experiências pessoais no trabalho

Conforme discutido, percebe-se que as profissionais participantes estão expostas a um ambiente de trabalho que mobiliza afetos e pode acarretar sofrimento. O sofrimento emocional é um ciclo em que uma situação vivenciada no trabalho gera angústia que, se não tratada, amplifica as significações dadas à situação, que afeta outra vivência (Moretto, 2019). O adoecimento pode se fazer presente quando o reconhecimento e a determinação de limites se tornam um processo complexo e dificultoso ao sujeito, acarretando uma sobrecarga ainda maior com as questões do trabalho e, por vezes, diminuindo o empenho no cuidado e na assistência ao paciente (Vasconcelos & Dutra, 2020).

Em consonância, duas participantes relataram que o desgaste físico e a sobrecarga de trabalho fazem com que o estresse – dentro e fora da instituição em que trabalham – se instaurarem. Para complementar, uma delas relata: *"procuro separar as demandas e as expectativas, mas muitas vezes fica difícil e o estresse se instala"*. Isso demonstra uma tentativa de traçar limites para as demandas do serviço e para as expectativas de seu trabalho. Um exemplo da interrupção do ciclo supracitado e da imposição de limites, a fim de se equilibrar as vidas profissional e pessoal, é a resposta de Sara, que escreve: *"as dificuldades da vida profissional me fazem minimizar os estresses da vida pessoal"*.

Na análise das falas das participantes, percebe-se que, apesar da singularidade de cada serviço e instituição, são unânimes as ressignificações criadas

entre o sujeito profissional, o paciente, as condições de seu trabalho e as suas relações com familiares do doente e com colegas de equipe. Para exemplificar, a fala de Amanda: *“quando você está frequente naquele lugar a sua vida não tem como continuar a mesma... aprendo muito com cada um”*. A psicóloga Sara, por sua vez, escreve: *“o cuidado, na sua dimensão mais ampla, é transformador da realidade”*. Deise, também psicóloga, afirma que aprende diariamente a *“valorizar o que de fato importa, visão sobre vida e morte”*. Nesta fala, infere-se a elaboração da aceitação da vida como algo que tem fim e da morte como algo natural e inerente ao fato de se estar vivo, assim como a ressignificação diária ao ver e lidar com situações de vida, sofrimento e morte. A participante Amanda também demonstra essas ressignificações, ao apontar: *“vemos muitas lágrimas... mas dentro desses anos que estou na oncologia vejo muitos sorrisos também... muita gratidão”*.

Entende-se que essas respostas indicam a reflexão e elaboração das vivências que podem ser inseridas no cuidado de si. A exemplo disso, as três participantes psicólogas trouxeram que o acompanhamento psicológico/análise pessoal ajuda a lidar com as dificuldades do dia a dia do trabalho. O cuidado de si é um conceito foucaultiano e é compreendido como um processo implicado do sujeito, que se volta para suas questões, seus desejos, com o objetivo de elaborar-se, transformar-se e atingir um modo de ser, com mais autonomia e liberdade, ainda que haja conflitos e mal-estares inerentes à vida em sociedade, com normas e expectativas (Foucault, 1984 / 2004). Sobre as expectativas sociais, o status social de ser um profissional de saúde é uma forma de cuidado, ligado ao saber, sendo importante aos cursos de educação continuada e outras atividades formativas que promovam a reflexão das práticas e a mobilização de saberes.

Dentro desse tema, uma participante relatou a importância de uma equipe unida, e outra o amparo institucional proporcionado por uma casa de apoio ligada à instituição em que trabalha. Nas instituições hospitalares, é necessária uma gestão participativa com o intuito de promover a autonomia de usuários e profissionais no processo saúde-doença, com foco na produção em saúde (Campos & Amaral, 2007).

Esse processo de promoção da autonomia promove o compartilhamento de problemas, a humanização no atendimento, a descentralização das decisões e o envolvimento exponencial dos trabalhadores para a construção de resultados. Assim, os atores, ao discorrerem sobre algo e se sentirem ouvidos e considerados, poderão entender o que lhes causa sofrimento, para então criarem possíveis mecanismos de enfrentamento, individual e coletivo (Moretto, 2019).

A área da saúde demanda um trabalho coletivo, que requer, também, raciocinar sobre o cuidado de quem cuida, já que o profissional, quando satisfeito no seu ambiente de trabalho, vivencia-o com regozijo diário (Duarte et al., 2021). Isso pode repercutir de maneira positiva nas funções que exerce; o que contrapõe o trabalhador em sofrimento, que pode ter dificuldade em ser ponte para o doente canalizar o seu próprio sofrimento, repercutindo negativamente no cuidado em saúde deste. A repercussão negativa abarca a assistência profissional-paciente, que implica na indiferença na comunicação de más notícias, no não acolhimento adequado ao doente e ao seu familiar e que se soma ao conjunto de outras problemáticas, como os exemplos trazidos pelas participantes. Assim, o modo de gerir as práticas assistenciais em saúde se associa à forma como esses trabalhadores são tratados pelas organizações.

Um outro ponto a ser ressaltado está na fala de Amanda acerca de como lida com as questões advindas do seu trabalho: *“acreditar que Deus sabe de todas as coisas, que Ele está no controle de tudo”*. A religiosidade/espiritualidade promove sentido à existência do sujeito, pode ser utilizada como meio de lidar com o sofrimento e possibilitar o aumento da confiança do paciente no profissional, sendo um dos aspectos do cuidado em saúde (Tomaz et al., 2024). Contudo, pode haver situações em que a religiosidade/espiritualidade não é utilizada de forma imparcial e técnica, fazendo com que o profissional tenha posicionamentos nos quais a utiliza de forma unilateral, sem escutar as singularidades, dúvidas e medos dos assistidos, acarretando a amplificação do sofrimento do sujeito e não a confrontação deste.

Acrescenta-se a essa ponderação uma fala da mesma participante Amanda: *"tento ao máximo levar fé para eles, que não desistam nunca"*, na qual se entende que para aqueles que não têm fé, é função dela levar a fé, expressando um gesto caricato, que deve ser dissociado na sua prática profissional ao assistir o usuário. Quando a religião do profissional é considerada, deve-se ponderar a ambivalência relacionada à coexistência dos saberes técnico-científico e religioso sem, entretanto, deixar as crenças sobrepor ou interferirem no cuidado e assistência ao paciente (Fernandez et al., 2018).

Destarte, vários são os mecanismos que as profissionais de saúde utilizam para lidar com as dificuldades encontradas no seu ambiente de trabalho. A ideia de se criar mecanismos de defesa para atuar na área oncológica é comum de ser mencionada por profissionais de saúde. Essas estratégias de defesa podem ser coletivas ou individuais e têm como objetivos a luta e a resistência aos efeitos desestabilizadores do sofrimento e a proteção da regulação da saúde – física e psíquica (Santos & Marques, 2023). A construção dessas estratégias é processual, não natural e depende de uma elaboração simbólica.

No ambiente do trabalho em saúde, as estratégias coletivas são aquelas criadas pela instituição, como as normas de segurança laboral e o uso de equipamentos de segurança; e as criadas pela equipe, o compartilhamento de responsabilidades. Já os mecanismos individuais estão associados à sublimação, que são criações socialmente aceitas ligadas ao desejo (Santos & Marques, 2023). Embora a negação seja um mecanismo de defesa, por ser algo com pouca ou nenhuma elaboração, pode colocar em risco o bem-estar do profissional de saúde, porém, às vezes, faz-se necessária para que se possa atenuar ou neutralizar o medo e seguir com a rotina de trabalho.

Conclusão

A equipe de saúde desempenha um papel crucial como elo entre o serviço oncológico, os pacientes com câncer e suas famílias. O trabalho dos profissionais de saúde perpassa a esfera do sujeito, que responde os desafios com sua trajetória profissional e singular. As participantes da pesquisa trazem a necessidade de criar mecanismos e estratégias que atendam às demandas do serviço prestado e que sejam condizentes com as realidades do ambiente de trabalho, a fim de manter a integridade física e psíquica do trabalhador, evitando seu sofrimento. Tendo em vista, inclusive, que o bem-estar dos profissionais de saúde pode ser um indicador da qualificação da assistência.

Assim, para aprimorar o serviço, também é necessário o aperfeiçoamento de políticas públicas que desenvolvam estratégias alinhadas às demandas reais do ambiente de trabalho, avaliando regularmente a acessibilidade e a qualidade do atendimento para melhorar a assistência aos pacientes e suas famílias. Em relação ao vínculo entre profissionais de saúde, pacientes e famílias, é fundamental fornecer recursos para que os trabalhadores possam lidar com suas próprias questões ao cuidar de pacientes com câncer, evitando reforçar sentimentos de vulnerabilidade durante o diagnóstico e tratamento. Isso envolve ações conscientes e sutis da equipe de saúde para oferecer suporte adequado e empático aos pacientes.

Esta pesquisa teve como limitação importante o quantitativo de respostas, no entanto, embora estas não tenham atingido a saturação teórica, o questionário mostrou-se eficaz na coleta de respostas. Além disso, a revisão sistemática de literatura elaborada pelas autoras e guiada pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, na qual foi selecionado apenas um estudo (de 4.065 trabalhos científicos) que

discute os efeitos do trabalho cotidiano de profissionais de saúde da área oncológica e os seus processos de subjetivação, corrobora o fato de que há uma escassez de estudos científicos que abarquem essa temática, sobretudo no período pós-pandêmico, que desvelou o intenso sofrimento psíquico desse público.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito, a Psicanálise - Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista SBPH*, 11(1), 143-160. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582008000100011&lng=pt&tlng=pt
- Alencar, A. P. A., Matos, J. H. F., Souza, J. F., Marques, V. M. C., Lira, P. F., Moreira, A. E. A., & Laurentino, P. A. S. (2020). Itinerário terapêutico de mulheres com câncer. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 42023 – 42035. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-659>
- Almeida, M. D. & Borges, S. A. C. (2022). “À espera da boa vontade”: o racismo e o lugar do sujeito no sistema público de saúde brasileiro. *Summa Psicológica UST*, 19(1), 13-21. Recuperado de <https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/508/536>
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. (1a ed.). Boitempo.
- Bastos, J. A. (2024). Múltiplos vínculos de trabalho, precarização e sofrimento psicossocial no cotidiano de um hospital universitário. *Revista Brasileira De Saúde Ocupacional*, 49, edsmsubj5. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21922pt2024v49edsmsubj5>
- Beserra, V. S., & Brito, C. (2024). Situações difíceis e sentimentos no cuidado paliativo oncológico. *Cadernos De Saúde Pública*, 40(1), e00116823. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT116823>
- Birman, J. (2014). *O sujeito na contemporaneidade*. (2a ed.). Civilização Brasileira.
- Campos, G. W. S. & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Carmo, R. A. L. O., Siman, A. G., Matos, R. A., & Mendonça, E. T. (2019). Cuidar em Oncologia: desafios e superações cotidianas vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 65(3), 1-10. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.818>

- Carvalhido, T., & Faria, H. (2022). Posição subjetiva do paciente oncológico diante do diagnóstico de câncer. *Cadernos de Psicologia*, 4(7), 542 - 559. <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3290/2316>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS*. CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- Dejours, C. (2011). A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, C. Jayet, & M. I. S. Betiol (Orgs.), *Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (21 - 32). Atlas.
- Dib, R. V., Gomes, A. M. T., Ramos, R. S., França, L. C. M., Paes, L. S., & Fleury, M. L. O. (2022). Pacientes com câncer e suas representações sociais sobre a doença: impactos e enfrentamentos do diagnóstico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(3), e-061935. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.1935>
- Dicio, (2009-2024). Sentido, significado, significação e ressignificação. In *Dicionário Online de Português*. <https://www.dicio.com.br/>
- Duarte, M. L. C., Glanzner, C. H., Bagatini, M. M. C., Silva, D. G., & Mattos, L. G. (2021). Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da unidade de internação oncopediátrica: pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74, e20200735. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0735>
- Fernandez, J. C. A., Silva, R. A., & Sacardo, D. P. (2018). Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1058-1070. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170757>
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade (1984). In: *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política*. (264 - 287). Forense Universitária.
- Frasson, T. C., Castro, A., & Vidal, G. P. (2021). Sempre serei sua mãe: luto e ressignificação de mães de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 10(3), 381-397. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i3.3787>
- Garzin, A. C. A., Ferrari, C. M. M., Pereira, G. C., Duarte, K. O. R., Rodrigues, S. G., & Kowalski, I. S. G. (2024). Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. *O Mundo Da Saúde*, 48. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15802023P>
- Holanda, B. M. S., Andrade, I. B., Souza, N. C. P. P., & Moreira-Dias, P. L. (2022). Itinerário diagnóstico do câncer infantojuvenil: um estudo retrospectivo dos sinais e sintomas da doença. *Journal of the Health Sciences Institute*, 40(3), 176-181. https://repositorio.unip.br/wpcontent/uploads/tainacanitem/34088/94039/06V40_n3_2022_p176a181.pdf
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. Casa do Psicólogo/FAPESP.
- Lopes-Júnior, L. C., & Lima, R. A. G. (2019). Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. *Caderno de Saúde Pública*, 35(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem Psicanalítica do Sofrimento nas Instituições de Saúde*. (1ª ed.). Editora Zagodoni.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations [Normas para a divulgação de pesquisas qualitativas: uma síntese de recomendações]. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

- Oliveira, F. F. B., & Alves, R. S. F. (2021). Profissionais de apoio atuantes em oncologia e sua compreensão sobre cuidados paliativos. *Revista SBPH*, 24(2), 89-103. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200008&lng=pt&nrm=iso
- Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. (2019). Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf
- Resolução nº 23, de 13 de outubro de 2022. (2022). Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2019. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-23-de-13-de-outubro-de-2022-437945688>
- Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A., Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2019). Condições de trabalho e exaustão emocional elevada em enfermeiros no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 69-75. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190339>
- Santos, M. C. P., & Marques, D. B. (2023). Sofrimento e defesas dos profissionais de enfermagem no combate à Covid-19. *Revista Psicologia e Saúde*, 15(1), e15142190. <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2190>
- Siqueira, A. S. A. (2018). *Sofrimento psíquico dos enfermeiros na assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense]. Repositório Institucional. <https://app.uff.br/riuff/handle/1/7232>
- Tomaz, A. P. K. A., Antunes, R. F., Dib, R. V., Ramos, R. S., Nascimento, F. P. B., Jesus, S. A., Sousa, K. H. J. F., & Zeitoune, R. C. G. (2024). O uso da espiritualidade/religiosidade por enfermeiros residentes em oncologia na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 77(2), e20230383. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0383>
- Tavares, B. R. M., Ramos, M. S., & Almeida, M. D. (2024). Os Lutos diários na oncologia: Narrativa dos profissionais sobre suas elaborações. *Revista Subjetividades*, 24(2), 1-14. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e14380>
- Turato, E. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (3a ed.). Vozes.
- Vasconcelos, L. M. R., & Dutra, E. M. S. (2020). Os sentimentos dos profissionais de saúde diante da morte de recém-nascidos. *Revista do NUFEN*, 12(3), 38-52. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300004
- Veiga, A. C. A., Cardoso, M. O., & Porfírio, R. B. M. (2021). Sentimentos vivenciados por pacientes com câncer e a importância da equipe da enfermagem e da família no processo do cuidar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 12(1), 46-62. <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/12173>
- Zanelli, J. C., Andrade, J. E. B., & Bastos, A. V. B. (2004). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (2a ed.). Artmed.