



**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PROFISSIONAIS QUE
ATUAM NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICA:
CONFIGURAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

RELATÓRIO FINAL

**FORTALEZA- CEARÁ
2007**



**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA
EMERGÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICA:
CONFIGURAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO**

COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL

Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Estação CETREDE / UFC / UECE

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Hilda Coutinho de Oliveira (Coordenadora)

Edilma Casimiro Gomes Serafim

Ieda Cabral Mota

João Jorge de Souza Neto

Yvana Coutinho de Oliveira

SUMÁRIO

RESUMO	4
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	10
2.1 Geral	10
2.2 Específicos.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3.1 O hospital	11
3.1.1 Estrutura e dinâmica.....	11
3.2 Os profissionais da saúde	13
3.2.1 Alguns estudos	13
3.3 O sofrimento psíquico segundo Dejours	17
3.3.1 Recorte teórico	17
4 TRATAMENTO METODOLÓGICO	23
4.1 Notas sobre o método.....	23
4.2 Local.....	24
4.3 Sujeitos.....	26
4.4 Instrumento	27
4.5 Procedimento.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Observações participantes	33
5.1.1 Condição de trabalho.....	33
5.1.2 Organização de trabalho.....	38
5.2 Entrevistas semi-estruturadas	43
5.2.2. Informações sobre o sofrimento psíquico do trabalho	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS.....	72
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa.....	73
Parecer do comitê de Ética	75
Roteiro de Entrevista.....	77

RESUMO

Esta pesquisa trata dos sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico, quanto à configuração e estratégias de enfrentamento, de doze profissionais da emergência hospitalar pública em Fortaleza, no Ceará. Concretizou-se pelo método qualitativo e observação participante e entrevista semi-estruturada. Foram analisadas vinte e oito sessões de observação e doze entrevistas com o grupo, composto por quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem, masculino e feminino, com idades entre 35 a 54 anos. Consideraram-se as expressões comportamentais e verbais dos sujeitos nas Salas de Recepção, Medicação, Parada Cardíaca ou Respiratória, Observação I e II e Extra, que possibilitaram o destaque de questões recorrentes no âmbito plural do material, quando se buscou decifrar seus significados. O estudo do sofrimento psíquico foi feito segundo estas categorias: observações - 1. condição de trabalho; e 2. organização de trabalho; entrevistas - 1. Dados de identificação; 2. significado do trabalho na emergência; 3. condição de trabalho; 4. organização de trabalho; 5. configuração do sofrimento psíquico; e 6. estratégias de enfrentamento. Os conteúdos foram compreendidos com base na Psicanálise e, mais especificamente, nas idéias dejoursianas referentes à psicodinâmica do trabalho. As descobertas, inaplicáveis a generalizações, foram inseridas nas considerações finais. Eis o que os resultados revelaram: o trabalho na emergência significou altruísmo e aprendizagem; houve precariedade de recursos materiais e humanos, e riscos psicofísicos no âmbito das condições de trabalho; existiram desafios, ritualização, subordinação e conflitos no campo da organização do trabalho; o sofrimento psíquico se configurou como o conflito entre a onipotência e a vulnerabilidade; as estratégias de enfrentamento abrangeram distúrbios físicos e emocionais, defesas (negação, identificação, ilusão grupal), e família, lazer e religião.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS depende não somente da satisfatória gestão dos fatores técnicos e econômicos da organização mas, especialmente, do trabalho dos recursos humanos envolvidos. Os profissionais constituem a base das ações e dos serviços sanitários, devendo, por isso, merecer dos gestores atenção prioritária, no que diz respeito a programas que previnem doenças e promovem a higidez. Os referidos profissionais que labutam na saúde pública, no país, experimentam também a preocupante situação política e financeira, de exacerbadas desigualdades, que exclui e subordina grandes contingentes populacionais. A forma fragmentada de lidar com a morbidez, por parte dos serviços sanitários brasileiros, reduz a mortalidade, mas não a morbidade (ou incidência de doenças) desses grupos, como enfatizam Singer, Campos e Oliveira (1988), é que são insatisfatórias as condições existenciais concernentes à educação, saúde, trabalho, habitação e lazer. Minayo et al (1995), a propósito, ressaltam a predominância histórica da fome e de todas as suas seqüelas no contexto das moléstias de muitos brasileiros.

Nesse contexto, as funções laborativas, na área da saúde, podem causar, nos profissionais, excessivo desgaste físico e mental, que reflete em suas vidas e interações sociais, devido ao contato constante com dor, sofrimento e morte, no âmbito hospitalar. A realidade ocorre, usualmente, com os trabalhadores lotados nas movimentadas emergências da rede de unidades hospitalares de referência estadual, que se deparam, diariamente, com grande demanda de pacientes, insuficiência de recursos materiais, excesso de responsabilidades, realização de procedimentos urgentes e especializados, etc. Acredita-se que esses elementos possam resultar em sofrimento psíquico, afetando a saúde psicofísica do trabalhador, e prejudicando a eficiência e a eficácia dos profissionais e das instituições.

Vieira, Guimarães e Martins in Guimarães e Grubits (2003) ressaltam que a temática do sofrimento no trabalho tem sido muito pesquisada atualmente no mundo, pois são preocupantes os índices de incapacitação provisória para o trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à higidez por conta dessa questão.

O trabalhador também é afetado por mudanças políticas, econômicas e sociais, tendo que resolver as exigências do próprio trabalho, lidar com forte pressão por maior produtividade, aceitar longas jornadas de práticas laborais, enfrentar competitividade e relações conflituosas na equipe em consequência de comunicações inadequadas, e manter-se atualizado com as novas tecnologias, além de driblar as dificuldades financeiras decorrentes dos baixos salários.

Parece existir, ainda, tendência predominantemente mecanicista nas atuações emergenciais, em que técnicos e usuários vivenciam um processo de massificação e desumanização, não individualizado quanto aos desejos e singularidades.

Esta pesquisa pretende atender, à necessidade da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, na reflexão sobre estratégias preventivas e interventivas para cuidado da saúde de quem trabalha com a saúde.

Guimarães, Vieira, Areias e Martins citados por Vieira, Guimarães e Martins in Guimarães e Grubits, (2003, p. 170) indicam que:

A intensificação do ritmo, a padronização, o empobrecimento dos gestos, a sensação de descartabilidade, a ausência de significado no trabalho, a competição com os outros trabalhadores pela produtividade, a submissão ao ritmo de produção e a vigilância das chefias e dos próprios colegas colocam o trabalhador em constante tensão, destruindo a possibilidade de um trabalho prazeroso.

O labor, pode ser estruturante ou desestruturante para o psiquismo humano, podendo o trabalhador vivenciá-lo sob a forma de prazer ou sofrimento, situações que referenciam os seus níveis de investimento e compromisso com o trabalho.

A motivação da investigação surgiu por conta da prática de trabalho dos membros do grupo de pesquisadores, todos profissionais da área da saúde, que têm algum contato com o ambiente hospitalar e acadêmico, onde cada membro é, constantemente, instigado a refletir sobre a práxis e a tentar sua melhoria. Pensar sobre as necessidades do trabalhador da saúde leva também, inevitavelmente, à consciência da precisão de serviços de melhor qualidade, e de mudanças sociais que respeitem os direitos de cidadania dos usuários.

O problema da pesquisa é o seguinte: como se configura o sofrimento psíquico de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem da emergência do Hospital, em Fortaleza, no estado do Ceará?

O estudo constou de investigação sobre a configuração do sofrimento psíquico por parte de 4 médicos, 4 enfermeiros e 4 auxiliares de enfermagem da emergência do Hospital, no Ceará, de novembro de 2006 à janeiro de 2007.

Buscou-se, mais especificamente:

- descrever as atividades dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, compreendendo a relação entre as práticas e tipologia de sofrimento psíquico;
- compreender como as condições e a organização do trabalho afetam a saúde dos profissionais nas dimensões física, psíquica e social;
- averiguar as repercussões psico-físicas do sofrimento psíquico, quanto à qualidade do desempenho ocupacional;
- instaurar nexos entre as descobertas deste estudo e as idéias de Dejours (1992, 1994), no que concerne às condições e à organização do trabalho;
- saber as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais.

Os pressupostos fundamentados nas considerações acima:

- as atividades desenvolvidas pelos sujeitos levariam a uma tipologia de sofrimento psíquico específica;
- as condições e a organização do trabalho na emergência do hospital afetam a saúde dos trabalhadores nos aspectos físico, psíquico e social;
- o tipo de trabalho desenvolvido pelos profissionais acarreta nos mesmos, deletérias repercussões psicofísicas, prejudicando a qualidade do desempenho ocupacional;

- os constructos teóricos de Dejours (1992, 1994) referentes às condições, à organização e à psicopatologia do trabalho podem subsidiar a compreensão do problema pesquisado;

- As estratégias de enfrentamento dos sujeitos, para lidar com as vicissitudes do trabalho são configuradas pelos mecanismos defensivos diversos.

Esta pesquisa versa sobre os significados do sofrimento psíquico no trabalho da emergência do hospital, Ceará, de 4 médicos, 4 enfermeiras e 4 auxiliares de enfermagem, nos meses compreendidos entre julho 2006 e julho de 2007. O suporte teórico é a psicanálise e, mais especificamente, os conceitos dejoursianos, desenvolvidos conforme as etapas:

1. na introdução discorreu-se a justificativa, assinalando-se as muitas condições e organizações inadequadas de trabalho, a que se submetem os profissionais que labutam pela saúde pública; a motivação do estudo, ressaltada a vinculação dos membros da equipe com a área da saúde; o problema, objetivos geral e específicos, pressupostos e sua estrutura de apresentação;

2. quanto aos objetivos, buscou-se investigar os sentidos do sofrimento psíquico no trabalho, construídos por grupo de profissionais da emergência do hospital;

3. na revisão da literatura, focalizou-se o hospital na sua estrutura e funcionamento (GOMES, 1983); os profissionais da saúde, mais especificamente, da emergência no que tange a definições, especificidade funcional e recorte histórico (SINGER, CAMPOS E OLIVEIRA, 1988; ROMANO, 1994; ANGERAMI-CAMON, 1998; BOTEGA, 2002); o sofrimento psíquico na visão de Dejours, discorrendo-se sobre saúde mental e trabalho (SAMPAIO e CODO, 2002) e sobre o apanhado teórico das idéias dejoursianas, fundamentadas na psicanálise (DEJOURS, 1992, 1994);

4. explicitação do método, local, sujeitos, instrumentos e procedimentos utilizados para concretização do trabalho de campo, organização e análise do material obtido;

5. resultados distribuídos nas categorias referentes à condição e à organização do trabalho, na emergência hospitalar, das falas dos sujeitos e das práticas observadas no campo investigado;

6. discussão dos resultados, após análise, com base nos níveis de profundidade de Kruger (1991), os quais abrangeram descrição, interpretação e compreensão dos sentidos inerentes aos temas identificados e repetidos nos discursos e práticas laborativas dos sujeitos;

7. nas considerações finais, têm-se as descobertas deste estudo e formulação de reflexões sobre o tema em questão, destacando-se a precisão de melhores condições laborativas dos profissionais das emergências hospitalares públicas, em termos políticos, ambientais e psicológicos.

8. o conjunto de obras (DEJOURS, 1992, 1994; SAMPAIO e CODO, 2002), sobre o assunto desta pesquisa, ainda é insuficiente, considerada sua importância científica e social. Este estudo, então, almeja direcionar, principalmente, o olhar dos gestores e dos próprios profissionais para a atuação dos servidores das emergências hospitalares públicas, questionando-a, repensando-a e aperfeiçoando-a como possibilidade de trabalho mais saudável e prazeroso.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar, pelo método qualitativo e das técnicas de observação participante (das expressões verbais e gestuais) e da entrevista semi-estruturada, com fundamento no referencial psicanalítico e, mais especificamente, dejoursiano, a configuração do sofrimento psíquico, no que tange à condição (ambientes físico, químico, biológico, e situações de higiene e segurança) e à organização (conteúdo da tarefa, nível de autonomia, relações de poder e interpessoais) de 4 médicos, 4 enfermeiros e 4 auxiliares de enfermagem da emergência do hospital, entre julho de 2006 e julho de 2007.

2.2 Específicos

- Descrever as atividades dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, compreendendo a relação entre as práticas e a tipologia de sofrimento psíquico;
 - compreender como as condições e a organização do trabalho afetam a saúde dos profissionais, nas dimensões física, psíquica e social;
 - averiguar as repercussões psico-físicas causadas pelo sofrimento psíquico, quanto à qualidade do desempenho ocupacional;
 - instaurar nexos entre as descobertas deste estudo e as idéias de Dejours (1992, 1994), no que concerne às condições, à organização e à psicodinâmica do trabalho;
 - saber as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais, para lidar com a demanda de trabalho.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O hospital

3.1.1 Estrutura e dinâmica

Algumas considerações, neste item, são referentes à instituição hospitalar, local da pesquisa em questão e ao serviço de emergência.

O termo hospital foi definido por Mac Eachern, pioneiro da administração hospitalar atual, como símbolo do direito do homem de usufruir da saúde, e do reconhecimento da comunidade, no que tange à obrigação de oferecer-lhe estratégias que possam manter ou restaurar a saúde. Ressalta que o hospital deve ter ação integrada, no que se refere à prevenção e cura da morbidez, garantindo a higidez aos humanos, e configurando-a não apenas como ausência de doenças, mas como condição de bem-estar físico, psíquico e social (GOMES, 1983).

A instituição hospitalar, deve estar atenta e respeitosa aos referenciais plurais da saúde humana, em que se incluem os direitos de cidadania, não se restringindo a práticas alienadas, impessoais e assistencialistas, mas, de forma lúcida, comprometida, empática e solidária, suportando e aliviando as dores coletivas mais ingentes.

O hospital, como indica Gomes (1983), surgiu como instituição particular e destinada ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, doença que, na época, era extremamente discriminada e excludente, e disseminava-se, rapidamente, na cidade.

O espaço hospitalar de origem foi projetado pelo arquiteto húngaro Emílio Hinko, garantindo-lhe os princípios de salubridade, pois os pavilhões foram estruturados horizontalmente, na forma de bangalôs, e posicionavam-se a uma distância considerável, a fim de evitar a contaminação entre os pacientes. A abertura de portas e janelas das enfermarias facilitava a circulação do ar e o contato com o clima ameno. Toda a estrutura estava integrada a grandes áreas verdes, onde ainda hoje encontra-se, parcialmente, preservado (já que as árvores foram reduzidas por conta da

construção de estacionamento para carros), o enorme pátio de eucaliptos que singulariza e embeleza a fachada do hospital.

Até 1940, o tisiocômio de apenas 20 leitos foi mantido pelos fundadores mas, logo depois, por motivos financeiros, vendido ao Instituto de Previdência do Estado do Ceará - IPEC, passando a ser sanatório público.

No período de 1944 a 1983, o pequeno sanatório foi transformado em modelar hospital destinado ao diagnóstico e tratamento das doenças torácicas. A competência de gestores e do corpo clínico foi configurando o hospital como grande centro terapêutico da tuberculose, para aonde acorriam, especialmente, pacientes das regiões Norte e Nordeste do Brasil. A alta incidência da doença e a condição socioeconômica e deficitária da maioria dos usuários têm sido fatores da grande procura pelos serviços do nosocômio.

Em 1948, no entanto, o IPEC abdicou da responsabilidade por sua gestão, sendo o hospital comprado pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários - IAPB. Na ocasião o então Presidente da República, Eurico Lopes Dutra, incentivava o combate à tuberculose estimulando a construção de novos sanatórios, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

A instituição foi integrada ao Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1967 e, posteriormente, em 1977, passou a compor a rede de hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Diante do cenário da crescente incidência epidemiológica das doenças cardiovasculares no Brasil e no mundo, o Ceará já necessitava de um hospital especializado nessas enfermidades. Em 1970, estava estruturado o serviço de cardiologia do hospital, palco da primeira cirurgia cardiovascular, com circulação extracorpórea, realizada no Norte e Nordeste do país.

Ainda nessa década, emergiu a necessidade de mudanças do sistema de saúde vigente, no sentido da transposição do modelo assistencial privatista, burguês, ineficiente e descomprometido com a real condição de saúde do povo brasileiro, para a dimensão mais sanitária, e que buscava considerar, agora, os direitos de cidadania.

A proposta de descentralização do modelo de saúde vigente convergiu para o evento político-sanitário mais importante do período: a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. O novo arcabouço jurídico, ancorado na Lei Orgânica N^o 8.080, de 19 de setembro de 1990, incorporou os princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária: a universalização, a integralidade das ações e a participação popular, bem como assegurou a saúde como direito de cidadania e dever do estado.

Em 1990 o hospital, finalmente, considerando o contexto político, passa a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Ceará, como hospital terciário para o tratamento clínico e cirúrgico das cardiopatias e pneumopatias.

O hospital (s.d.), dispõe atualmente de 303 leitos e conta com 1689 servidores, entre os quais profissionais das áreas da saúde, administrativa, de manutenção e de zeladoria. Sua missão é promover a assistência da população, de forma humanizada e com qualidade, nos procedimentos terciários, prioritariamente de alta complexidade, nas áreas cardiovascular, pulmonar e torácica, e também atuar como centro de ensino e pesquisa.

Serviços disponibilizados à população: emergência, cirurgia cardíopulmonar (transplante cardíaco, clínica médica especializada e atendimento ambulatorial, além de exames clínicos e laboratoriais).

Dentre os serviços, consideram-se de fundamental relevância os procedimentos do setor de emergência, que se deve ao fato de ser a porta de entrada de pacientes na instituição.

3.2 Os profissionais da saúde

3.2.1 Alguns estudos

As condições psicológicas, físicas e técnicas dos profissionais de saúde que atendem as crises e urgências no hospital são, na opinião de Sebastiani in Camon, (1998), menosprezadas. Os profissionais, como pacientes e familiares, também sofrem prejuízos biopsicossociais específicos por conta do contexto hospitalar. Friedman citado

por Sebastiani in Camon (1998) refere-se às conseqüências das extensas jornadas de trabalho de residentes, no que tange ao aumento de erros de diagnósticos e condutas. A Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1992, conforme ainda esse autor, creditou, aos profissionais de saúde, o segundo lugar nas estatísticas de suicídio (o primeiro lugar coube aos jornalistas). A Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, em 1997, indica que 40% dos suicídios, em 1996, foram de médicos. Modllin citado por Sebastiani in Camon (1998) diz que está entre os profissionais de saúde um dos mais altos índices mundiais de dependência de analgésicos e tranqüilizantes. As condições de trabalho que violentam o profissional de saúde têm sido denunciadas, é que instigam sua vulnerabilidade psicofísica. Alguns fatores de risco para a saúde mental desse profissional podem ser apontados, instigantes da vivência de conteúdos emocionais deletérios e sofrimento: a expectativa da sociedade quanto a sua conduta idealizada; o tipo de trabalho enfatiza a prática e pretere reflexões a ela correlatas; ansiedade por atender grande demanda de pacientes em condições humanas, técnicas e materiais limitadas e inadequadas, e em tempo restrito; exposição a radiações por lidar com doenças; os dramas humanos que permeiam o exercício profissional; relação com a morte; perdas; impotência; intimidade com as dimensões física e humana dos pacientes; muitas e extensas jornadas de trabalho, que não deixam tempo para o profissional cuidar de si mesmo; tomada de decisões sábias, rápidas e seletivas concernentes aos pacientes. A situação denuncia a fragilidade mal administrada do trabalhador, o que pode redundar em morbidez, e a difícil identificação da problemática, devido ao narcisismo, onipotência e paradoxos relacionais fomentados, desde a academia, que o levam a se perceber como invulnerável diante dos entraves e desafios cotidianos. O profissional que cuida dos outros e não de si vivencia o empobrecimento de vida familiar e social. Modllin citado por Sebastiani in Camon (1998) opina, ainda, que é preciso saber a qualidade de vida, lazer, sua potencialidade criativa e saúde física e mental, buscando melhorá-la; questionar motivações, levando-o a refletir sobre sua existência e vínculos, e sobre a possibilidade de redimensionamento. Há descontinuidade entre o sofrimento psíquico do profissional da saúde e do paciente: este pode ser curado e pode retornar à vida normal, enquanto aquele continua prejudicado em termos psicofísicos, devido ao constante contato com dor e perdas. A humanização profissional, em termos preventivos, deve ser estimulada, incluindo o suporte psicopedagógico do alunado universitário e do profissional da saúde. As políticas de saúde, no Brasil, levam à sórdida e esdrúxula realidade na qual a maioria da população não conta com a

assistência necessária. Muitos profissionais são alienados e passivos, e não tentam melhorar a situação. Sofrem com o desemprego ou submetem-se ao subemprego. Há involução ou piora dos serviços de saúde, é que, apesar do campo privado, continuam os entraves, como a grande demanda de pacientes, a burocracia obsoleta, os ínfimos recursos humanos e materiais, o que leva ao recrudescimento das doenças a. A saúde pública e dos profissionais tem sido prejudicada, o que remete a reflexões concernentes a alternativas de ação, que podem abranger organizações não governamentais, com o intuito de mudança do contexto. O profissional e o usuário dos serviços de saúde devem ser sujeitos de uma história mais digna e plena.

A discussão que Angerami-Camon (1998) tece sobre a conduta do trabalhador da saúde em relação à doença e ao doente, é oportuna. Esse indivíduo revela, ao atender o usuário, caracteres de personalidade, valores e representação do mundo e do ser humano. O autor indica algumas condutas do profissional de saúde por conta do atendimento de urgência ou que tenha cronicidade, ou seja, posturas, no que tange a sua relação com o doente e a doença: 1. calosidade profissional; 2. distanciamento crítico; 3. empatia genuína; e 4. profissionalismo afetivo.

Calosidade profissional é a indiferença com o sofrimento do paciente, adquirida por profissionais depois de anos de trabalho, parecendo tornar-se insensíveis. Enxergam o paciente, em muitas situações, somente como órgão doente, sintoma ou patologia e as terapêuticas aliadas ao avanço tecnológico, e não como pessoa doente, com sua história e dores específicas, e usam a calosidade para não sofrer diante da dor do paciente. São os trabalhadores frios e distantes dos pacientes, que evitam, com eles, aprofundar vínculos e ter contato com as tipologias de sofrimento. Têm dificuldade para lidar com a dor, passível de influir na própria vida profissional. Parece que esse profissional busca proteger sua identidade profissional do sofrimento causado pela doença nos doentes e familiares, deixando-os desamparados. Os conteúdos emocionais que podem referenciar e exacerbar certas doenças são preteridos e apartados do doente. É preciso, então, que os profissionais da saúde sejam mais humanos diante da dor do paciente, fortalecendo vínculos, ao invés de fragilizá-los, à medida que priorizam a evolução tecnológica nas práticas laborais, referentes a recursos hospitalares. Um caso clínico, afinal, mais do que uma relação profissional – paciente é uma relação humana, com todas as das possibilidades de enriquecimento recíproco, em afetos e aprendizagens. O profissional com essa calosidade nega sua característica genuinamente

humana de fraternidade e sua postura clínica, já que não entende nem considera a dor e a fragilidade do outro configurado como paciente. O termo clínico, a propósito, tem estrutura etimológica do latim “*clanicus*”, com o sentido de pessoa acamada, adoecida, na língua grega, “*klinikos*”, tem o prefixo “*clinos*” significando leito. Clinicar, assim, é debruçar sobre o paciente sofrido, buscando entender a linguagem da doença e dor para que dele possa melhor cuidar. O método clínico, como comenta Trinca (1984), tem base teórico-prática que busca psicodiagnósticos e saberes científicos.

O distanciamento crítico, como indica ainda Angerami-Camon (1998), tem a ver com a precisão do profissional de se afastar da problemática do paciente, para melhor entendê-la e assisti-la, individualizando os encontros com cada doente e sua subjetividade, sem envolvimento pessoal e afetivo. Essa postura deve buscar o equilíbrio e o melhor desempenho, nesse trabalho, não o alheamento das dificuldades do paciente.

A empatia genuína ocorre quando o profissional da saúde tem envolvimento com o doente além dos limites profissionais, postura comum do “médico de família”, hoje, raro, tido como amigo de todos os membros da família, mesmo não doentes, e mesmo em outras situações não relacionadas com doenças. É visto como integrante da família. Associa aos cuidados médicos, a empatia, a visão holística e a escuta da dor do paciente, o autêntico afeto e a conduta fraterna em relação não só ao doente, mas também aos seus familiares. Enxerga a pessoa e não o órgão doente. Hoje o paciente pode ser reduzido a um sintoma, e o profissional da saúde pode confundir essa postura com eficácia de trabalho. A academia não tem ensinado, aos profissionais da saúde, que é importante investir no envolvimento afetivo com os pacientes, situação que, aliada à técnica, pode contribuir muito para a terapêutica. Os profissionais também têm conteúdos emocionais correlatos aos dos doentes, em tristezas e alegrias, durante o tratamento, em que buscam a melhora ou a cura de certas patologias. A falta de posturas mais humanas, no atendimento hospitalar, ainda é freqüente, em relação aos doentes e aos colegas, já que atuam distantes uns dos outros, alheios as angústias e sofrimentos. A empatia genuína, porém, conduta que precisa retornar à prática do profissional da saúde, na contemporaneidade, tem relação intrínseca com a estrutura de personalidade humana e com o nível de envolvimento com a pessoa do paciente e a doença, o que extrapola os ensinamentos acadêmicos. O profissional tem priorizado a tecnologia e a terapêutica medicamentosa, no trato com o doente, ao invés de com ele instaurar relação empática,

buscando decifrar melhor suas dores e angústias para acudi-las de forma mais continente. A solidariedade, afinal, é condição intrinsecamente humana. A empatia genuína pode intermediar o contato do profissional da saúde com outro indivíduo adoecido e em sofrimento, e possibilitar também a experiência da dor, tornando-o mais humano e competente por conta do reconhecimento e da expressão dos conteúdos emocionais. Stratton e Hayes (1994) pensam que os psicoterapeutas devem ter conduta cordial, empática, interessada, autêntica e respeitosa em relação aos pacientes. Os profissionais da saúde, a propósito, devem predispor-se à instauração de configurações vinculares significativas com os doentes, atentos à subjetividade a eles inerente e, assim, muito contribuindo com o tratamento das patologias.

O profissionalismo afetivo, atitude comum nos hospitais, atualmente, devido à tecnologia que lhes é peculiar, ocorre quando o profissional da saúde trata o paciente respeitando o sofrimento, sem vivenciar a empatia genuína, e com ele não se envolvendo emocionalmente. Sua postura é distante, mas utiliza técnicas terapêuticas para atender a pessoa doente. Essa conduta abrange ampla gama de sentimentos prazerosos ou não, em que destaca a sensibilidade.

O profissional da saúde, idealmente, deve priorizar a empatia genuína como conduta adequada.

3.3 O sofrimento psíquico segundo Dejours

3.3.1 Recorte teórico

O termo trabalho, como comentam Guimarães e Grubits (2003), tem diversas configurações. Albornoz (2002) indica que no idioma português há os vocábulos labor e trabalho, que podem significar a realização de obra pela qual a pessoa é reconhecida socialmente, ou o esforço em tarefas rotineiras e sem espaço para a criação. O vocábulo trabalho advém do termo latino “tripalium”, lembrado como instrumento de tortura, equipamento construído por agricultores para o cultivo de cereais, com três paus afiados que podiam conter pontas de ferro.

É uma atividade intrinsecamente humana, em que a consciência e a intencionalidade (mesmo liberdade relativa e possibilidades de sofrimento), a diferenciam do trabalho desempenhado pelo animal irracional, que atua de forma instintiva. Ribeiro e Lacaz (1984) ressaltam a subordinação do homem ao trabalho por conta das necessidades econômicas para sobrevivência.

A Revolução Industrial, importante na história do trabalho, passa a utilizar mão-de-obra assalariada, introduz máquinas e leva a grandes mudanças socioeconômicas e tecnológicas. O trabalho, até o fim do século VII, era feito em oficinas reduzidas ou em casa, mas depois passa a ser feito em fábricas cujos donos tinham um quantitativo restrito. Dejours (1992) diz que a classe operária do século XIX lutava pela sobrevivência nas condições mais insalubres. Seus direitos sanitários eram atropelados pelos econômicos.

A ética, a distribuição justa de tarefas, o exercício da solidariedade, a participação nos processos decisórios devem ser fatores inerentes à efetivação do trabalho na opinião de Souza (1992), mas a situação, que tem sido um desafio histórico, ainda não foi, plenamente vivenciada.

A história da organização do trabalho tem reflexos na contemporaneidade e nas relações humanas, tema que merece ser melhor estudado, especialmente no sentido de trabalho do indivíduo e de sua valorização, e no que tange às suas possibilidades de construção e desconstrução, no que concerne à saúde mental dos trabalhadores. A área da saúde mental e trabalho, a propósito, especialmente no campo da saúde, têm estudos significativos (PITTA, A., 1991; MELLO FILHO, 1992; CODO e SAMPAIO, 1995; BOTEGA, 2002; GOMES, 2004; NÓBREGA, 2006).

Seligmann Silva (1994) diz que muitas disciplinas têm contribuído para o estudo da Medicina, Psicologia e Psicanálise, e aponta algumas condições existenciais e de trabalho que têm nexos com a saúde mental dos trabalhadores: contexto físico, segurança e organização, a qual abrange ritmo, carga horária, isolamento e controle. A autora ressalta que o trabalho humano pode fomentar construção, satisfação, realização, riquezas e contribuição social, mas também pode representar subordinação, exploração, sofrimento, doença e morte.

A administração científica ou taylorismo e a gestão da qualidade total representam alguns dos modos básicos de organização do trabalho do século XX, e facilitam o entendimento dos vínculos entre o homem e sua saúde ou sofrimento psíquico no trabalho, com conseqüências que chegam à contemporaneidade.

Há, no Brasil, conforme Codo, Soratto e Vasques-Menezes in Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2004), três áreas significativas de pesquisa quanto aos nexos entre trabalho e saúde mental: estresse, psicopatologia/psicodinâmica do trabalho e dimensão epidemiológica. Dizem que saúde mental é poder construir a si mesmo e a espécie pela produção e reprodução, considerando o amor e o trabalho como fatores básicos desses processos, e o sofrimento psicológico será a perda desse poder.

A psicodinâmica do trabalho, como apontam Jacques e Codo (2003), é a abordagem fundada por Dejours a partir da disciplina psicopatologia do trabalho elaborada por Le Guillant, que visava investigar o potencial psicopatológico do trabalho. As pesquisas de Dejours têm base psicanalítica. Sua abordagem inicial tem a ver com a psicopatologia do trabalho, e almejava estudar a dinâmica psíquica instigada pela inserção do sujeito no contexto real do trabalho. O autor não encontrou quadros psicopatológicos relacionados com o trabalho, e viu duas contradições nos estudos dos nexos entre a saúde mental e o trabalho: 1. dimensão individual ou coletiva em que acontece o problema (a psicopatologia ou o sofrimento psíquico acontece no âmbito individual, e as questões do trabalho ocorrem no âmbito coletivo, isto é, problemas advindos do trabalho acontecem nos contatos entre a pessoa e o trabalho, ou entre indivíduos e o trabalho); 2. sofrimento (há ambigüidade entre o que é ou não patológico. É preciso um método que possa estudar a pessoa em termos relacionais, superando a dicotomia entre normal e patológico, priorize a normalidade da morbidez, e tente se aproximar do trabalhador para entender como obter, mesmo vivendo num ambiente de trabalho desestruturante e aniquilador, certo equilíbrio psíquico. A psicodinâmica do trabalho substitui a psicopatologia do trabalho no estudo de Dejours, passando a ser questão principal). O autor não percebe muitas formas de adoecimento dos trabalhadores investigados, mesmo em ambientes problemáticos de trabalho, e passa a pesquisar a questão: como o trabalhador continua íntegro ou “saudável”, apesar das situações adversas do trabalho (não tinha mais interesse sobre o que adoeceria o trabalhador). A psicodinâmica do trabalho, que é a psicologia do sujeito, objetiva entender as estratégias do trabalhador para continuar “saudável”, apesar dos tipos

mórbidos de organização do trabalho. Focaliza as estratégias que protegem o trabalhador do adoecimento, mesmo numa organização de trabalho de teor patológico, destacando as defesas suscitadas pelo sofrimento, que faz parte do trabalho, patogênico ou não. Torna-se mórbido quando o sujeito tenta, de todas as formas possíveis, se adaptar ao trabalho, almejando colocá-lo de modo condizente com seu desejo individual, sem êxito no intento. O sofrimento pode ser transmutado em criação, em benefício da pessoa, ou pode vir a ser mórbido, levando-a ao adoecimento, nas defesas individuais e coletivas não exitosas. O sofrimento criativo ou patogênico do trabalhador depende das condições individuais (estrutura enquanto sujeito, e sua história específica) e sociais (organização do trabalho e processos interativos a ela correlatos). A psicodinâmica do trabalho é desafiada a recortar ações que podem mudar o destino do sofrimento, intermediando sua transmutação em criação, além de beneficiar a identidade do sujeito.

Os mecanismos de defesa individuais e coletivos protegem o trabalhador do sofrimento, e podem aliená-lo dos problemas inerentes à organização do trabalho. O impasse pode ser superado quando o sujeito entende como foi produzido o sofrimento, e busca condições para mudar o que o causou por meio do grupo.

A subjetividade e o sofrimento do trabalhador são elementos focalizados por Dejours. Ao discorrer sobre a relação entre o homem e o trabalho, pontua que a constituição do sujeito, que se dá pela história passada, pode permanecer, evoluir ou deteriorar-se dependendo de seu uso no contexto do trabalho. Esse autor estuda o destino das aptidões configuradas desde a infância, e como se confrontam com a organização do trabalho. Analisa mais a subjetividade do trabalhador em relação à organização do trabalho, e não nos aspectos mais objetivos de execução de tarefas. A contribuição do trabalhador ocorre em termos individuais e sociais, já que precisa de reconhecimento pessoal e profissional dos colegas.

As condições e a organização do trabalho, ressaltam Dejours et. al. (1994), são conceitos básicos da psicodinâmica do trabalho. As condições de trabalho são mais deletérias para a higidez corporal do trabalhador, com nexos com a situação ambiental do trabalho, muitas vezes insatisfatória em equipamentos, segurança e possibilidades de criação. A organização do trabalho influi mais na subjetividade e na estrutura psíquica do trabalhador, abrangendo as configurações das atividades, as competências e

responsabilidades requeridas, e os processos hierárquicos e interativos do poder. A evolução tecnológica parece reduzir o esforço mecânico do homem das suas condições de trabalho, mas o sofrimento, muitas vezes, a elas concernente tem relação com o corpo e a subjetividade das pessoas. A angústia pode ser simbolizada pelo sofrimento do sujeito que não se percebe capaz de dar conta dos regulamentos da organização do trabalho, que incluem titulação e aprendizagem rápida e contínua, prática e integração com a cultura organizacional. A saúde do trabalhador é referenciada pela organização do trabalho, estrutura psíquica e história de vida do sujeito. A organização do trabalho pode instigar experiências de prazer, criação e mudança, ou de mal-estar e sofrimento, nos indivíduos, conforme o nível de equilíbrio entre seus desejos inconscientes que buscam satisfação, e o tipo de organização do trabalho. O prazer (não o desprazer) é desejado continuamente pelo trabalhador.

As idéias da psicodinâmica do trabalho fundamentam-se no referencial psicanalítico, mas Dejours (1994) pontua que Freud não tratou enfaticamente do trabalho e de suas influências mórbidas sobre o psiquismo humano.

Buscar o prazer e evitar o desprazer e sofrimento são questões intrínsecas do homem, como indica Freud (1930/1989). A satisfação de necessidades tem nexos com o prazer, mas há restrições sociais. O sofrimento é o mal-estar que advém das necessidades insatisfeitas, tendo a ver com os vínculos que a pessoa instaura com a realidade, na tentativa de extingui-lo. O homem, por meio dos avanços científicos e tecnológicos, tornou-se mais civilizado, mas não mais feliz, já que, para obtenção da evolução técnica, fizeram-se renúncias, sem satisfação dos desejos inconscientes. O desejo e as restrições sociais são, assim, fatores experimentados pelo homem de forma antagônica. A psicodinâmica do trabalho discorre sobre o conflito instaurado pelo desequilíbrio entre os ditames da organização do trabalho e os desejos do trabalhador. Há, muitas vezes, embate entre o sujeito e sua história específica e precisões do prazer, e a instituição que almeja adaptá-lo a certo modelo de produção, atropelando sua vontade, com repercussões deletérias sobre a higidez mental.

A estrutura de personalidade e a história do sujeito, ressalta Mendes (1996), são elementos básicos para desenhar-se as estratégias de enfrentamento do sofrimento. A qualidade das configurações vinculares do grupo parental primário na infância, os modelos de identificação, especialmente, o da figura materna, repercutem nos processos

decisórios e interativos, na vida e no trabalho, e nas vivências de prazer e sofrimento. Se a organização do trabalho tem a ver com atividades repetitivas, em que não há espaço para a criação, fundamentada em controle e priorizando a produtividade em detrimento dos desejos e necessidades dos trabalhadores, experiências de sofrimento sobrepujam as de prazer, e podem se manifestar pela frustração, angústia e outros sintomas específicos. O autor ressalta também que o trabalhador pode utilizar, de forma singular, mecanismos defensivos e a sublimação, de modo individual ou coletivo, para mudar ou minimizar a representação da realidade que instiga seu sofrimento, permanecendo com equilíbrio psíquico. As categorias profissionais têm tipologias de sofrimento e defesa, processos mentais que não mudam o real. A noção de sublimação é originada na teoria freudiana do desenvolvimento da sexualidade. As pulsões parciais, satisfeitas, de forma original, no âmbito da sexualidade, têm saída substituta pelas práticas, admiradas e valorizadas pela sociedade, voltadas para o trabalho, quando o indivíduo vivencia algum tipo de sofrimento. No trabalho, o sujeito não usa só outras defesas suas, mas utiliza seu potencial criativo, transmutando sofrimento em prazer. O trabalho deve ser significativo e interessante para o sujeito, passível de instigar o nível motivacional, que tem uma história específica. A criação fortalece a resistência contra a desestruturação psíquica.

4 TRATAMENTO METODOLÓGICO

4.1 Notas sobre o método

Esta investigação seguiu o método qualitativo de caráter exploratório, com referencial psicanalítico. A pesquisa qualitativa, na visão de Barbier e Lagache (1985), é um processo que almeja possibilitar a compreensão dos significados inerentes à condição humana. A pesquisa, portanto, como indica Appolinário (2006), não almeja a generalização e, conforme González Rey (2005), legitima o singular como intermediário do conhecimento. O nível exploratório visa, principalmente, explica Gil (1995), desenvolver, explicitar e mudar idéias, para melhor formulação do problema para estudos ulteriores. As técnicas da observação participante e da entrevista semi-estruturada foram utilizadas neste estudo. Sua análise teórica teve, basicamente, a contribuição da psicanálise (DEJOURS, 1992, 1994) para entender a configuração do sofrimento psíquico pelos profissionais da emergência do hospital.

A palavra método, conforme Lakatos e Marconi (1985) e Gil (1995), abrange procedimentos intelectuais e técnicos que intermediam o desenvolvimento da pesquisa científica. A conduta humana, eminentemente social, deve ser estudada de forma diferente dos fenômenos de natureza física.

O método de pesquisa qualitativa, ressaltam Martins e Bicudo (1994) é tão antigo quanto a história escrita. Historiadores, viajantes e escritores, desde o grego Heródoto até Marco Pólo, iniciaram o trabalho de campo. O método foi usado na investigação social, a propósito, somente a partir do século XIX e começo do século XX. Em 1855, Le Play estudou famílias e comunidades européias, o que representou uma das primeiras formas de observação participante, ou a primeira pesquisa científica de cunho sociológico. A investigação é anterior ao trabalho de Durkheim, sobre o suicídio, também de reconhecida importância para a ciência sociológica. A pesquisa de campo, na antropologia, desde o começo do século, foi valorizada por Boas e Malinowski. A investigação qualitativa, na sociologia americana foi, inicialmente, divulgada nos estudos da Escola de Chicago, entre 1910 e 1940, quando pesquisadores realizaram observação participante sobre a existência, na cidade, de criminosos e delinquentes juvenis, de emigrantes e de suas famílias na Polônia e nos Estados Unidos.

O interesse pela abordagem qualitativa de pesquisa declinou até o fim da década de 1940 e começo da década de 1950, quando se destacaram grandes teorias, como a de Parsons, e o método de pesquisa quantitativo, como indicam Taylor e Bogdan (1984). A prática da pesquisa qualitativa ressurgiu desde a década de 1960, refletindo a tradição sociológica, utilizada por várias áreas científicas, que abrangem psicologia, saúde e educação.

A abordagem qualitativa, ressalta Triviños (1987), tem como base, especialmente, a fenomenologia, o estruturalismo e o marxismo. O enfoque subjetivo-compreensivista é referenciado pelas idéias de Schleiermacher, Weber, Dilthey, Jaspers, Heidegger, Marcel, Husserl e Sartre, que enfatizam os aspectos conscienciais dos atores (no que tange à compreensão da cultura e à atribuição de significados aos fenômenos); a dimensão crítico-participativa tem uma visão histórico-estrutural-dialética da sociedade, e parte da necessidade de conhecer (pela percepção, reflexão e intuição) a realidade para transmutá-la em contextos dinâmicos com fundamento nas teorias de Marx, Engels, Gramsci, Adorno, Horkheimer, Marcuse, Fromm e Habermas. O caráter de cientificidade dos campos que investigam a condição humana, na opinião de Ladrière (1977), está no embate das interpretações e na possibilidade da enunciação crítica. Um método, a propósito, torna-se fecundo quando intermedia a compreensão da realidade.

A Psicanálise, além do caráter teórico e técnico, para Hesnard (1952), é um método de pesquisa basicamente qualitativo, que tem o mérito de desvelar processos psíquicos, especialmente no campo da vida afetiva, e de viabilizar o desenvolvimento das pessoas. Amatuzzi (1994, P. 76) reflete sobre nossa dimensão sutil e imponderável: *“não será que para compreender o humano não teremos que tomar as asas do símbolo, cujos significados nunca se esgotam, entender o que da poesia não coube na ciência convencional (...)?”*

4.2 Local

O estudo foi realizado na unidade de emergência do hospital, instituição pública de referência terciária, destinada ao tratamento de patologias cardíopulmonares, em Fortaleza, Ceará. As observações participantes foram feitas em todos os espaços: recepção, sala de medicação, sala de parada cardíaca ou respiratória, sala de observação I, sala de observação II e sala extra. O setor de emergência está sujeito, cotidianamente, a enorme demanda e superlotação. Vale salientar que o fato é também gerado por

situações que poderiam ser resolvidas em serviços de atenção básica, nos níveis primário e secundário.

O serviço de emergência do referido nosocômio já enfrentou inúmeras reformas e ampliações, para atender a clientela de forma satisfatória, mas ainda parece não ter conseguido atingir o ideal. As estratégias de solução do problema não têm acompanhado o ritmo acelerado do processo saúde-doença, mesmo porque as patologias atendidas apresentam-se com crescente incidência no contexto da contemporaneidade, e sua prevalência também é considerável, devido ao caráter predominantemente crônico das patologias.

A unidade de emergência conta com recepção (registro e triagem dos pacientes), consultórios médicos, sala de serviço social, sala de raios X, de eletrocardiograma, de administração de medicação, de observação, de parada cardíaca, de chefia médica e de enfermagem, expurgo, para guarda de material, de repouso para equipe, banheiros masculino e feminino para pacientes, além de posto de enfermagem e enfermarias de internação.

A estrutura assistencial pode ser dividida, basicamente, em triagem/consulta médica, sala de medicação, a de parada, corredor de leitos extras ou posto 1, sala de observação e posto 2.

Faz-se o registro ou prontuário, passando pela triagem/consulta médica, e também pela avaliação com o Serviço Social. Poderá haver rápido encaminhamento para a sala de parada ou para a de medicação. No caso, o retorno ao médico é imprescindível para reavaliação dos sintomas, e necessidade de internação. O quantitativo de 1 a 4 médicos está na função de receber o paciente crítico e, não raras vezes, com risco de morte. Atendentes e segurança controlam o fluxo de pacientes, estabelecendo prioridades e também obedecendo à ordem de chegada.

Os médicos atendem em sala retangular (mais parecida com corredor), e com movimento sempre intenso.

A sala de medicação conta com três auxiliares/técnicos de enfermagem que acolhem os pacientes para administração da medicação. O ambiente dispõe de cadeiras fixas, e, nas paredes, há pontos de saída para oxigenoterapia. Há 2 ventiladores de

parede, insuficientes para o grande fluxo de pacientes e acompanhantes no local. Os usuários, sintomáticos exigem rapidez e presteza no atendimento.

A sala de parada e as 2 de observação contam com 4 leitos cada uma, na maioria das vezes, recebem mais pacientes, os quais permanecem nas macas. O local de procedimentos mais urgentes e decisivos na manutenção e/ou resgate da vida humana é a sala de parada.

Na emergência, um grande corredor lateral é transformado numa espécie de enfermaria para abrigar os leitos excedentes à capacidade de atendimento, com cadeiras para acompanhante.

Duas auxiliares de enfermagem e 1 enfermeira para atendimento dos pacientes do corredor. Comumente estudantes de Medicina circulam entre os leitos, mas os pacientes reclamam da falta de atenção e demora da conduta médica. As roupas de cama misturam-se, nas macas, às toalhas, travesseiros e lençóis dos próprios pacientes. Os médicos costumam deslocar pacientes nas macas, pela urgência das condutas e insuficiência de maqueiros.

As entrevistas semi-estruturadas foram feitas na sala de medicação, com mobiliário restrito: algumas cadeiras e uma mesa acoplada à parede.

4.3 Sujeitos

Critérios de inclusão dos sujeitos: a) ser voluntário; b) ser médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, atuando na Unidade de Emergência, há, no mínimo, 2 anos; c) gêneros masculino e feminino; d) ser do quadro efetivo ou cooperado.

Pensou-se serem essas categorias profissionais mais envolvidas e necessárias nos atendimentos emergenciais hospitalares. Assim, 4 sujeitos foram escolhidos em cada categoria investigada, por meio de critérios de disponibilidade de participação no estudo. O número foi suficiente para a obtenção dos dados, já que a pesquisa é de teor qualitativo.

Considerou-se a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduos, seja como coletividade. Os responsáveis pela pesquisa garantiram a privacidade e a individualidade dos sujeitos pesquisados.

4.4 Instrumento

Utilizou-se, para a compreensão do problema investigado, a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Lakatos e Marconi (1985) conceituam a observação participante como modo de coletar dados, no qual o cientista usa os sentidos e a sensibilidade para analisar os fenômenos investigados. Categorias observadas: 1. condição de trabalho (ambientes físico, químico, biológico, e situações de higiene e segurança); e 2. organização de trabalho (conteúdo da tarefa, nível de autonomia, relações de poder e interpessoais). A entrevista, conforme Gil (1987), é uma técnica na qual o investigador se apresenta diante do investigado e lhe faz perguntas, com o fim de obter dados que interessem ao estudo. A entrevista semi-estruturada ou por pautas tem certo grau de estruturação, já que se baseia na relação de itens de interesse que o entrevistador vai considerando durante seu desenvolvimento. A citada entrevista abrangeu: 1. itens relativos a dados de identificação (titulação, tempo de serviço na função, etc); e 2. informações sobre o sofrimento psíquico no trabalho (especificidade das atividades desenvolvidas, possíveis prejuízos psicofísicos e sociais, decorrentes do trabalho, no âmbito da saúde, e as estratégias de enfrentamento de repercussões deletérias). Os instrumentos foram subsidiados pela análise de conteúdo que, segundo Bardin (1994), é uma técnica que estuda a condição humana através de documentos, descrevendo-os de forma objetiva e sistemática, ou categorizada e quantitativa, com o intuito de entender seu sentido manifesto ou latente.

4.5 Procedimento

Etapas seguidas deste estudo:

1) em agosto de 2006, aprovado pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Estação CETREDE/UFC/UECE para ser realizado em 6 meses (até janeiro de 2007), o projeto de pesquisa foi burilado e subsidiado, principalmente, no que tange ao tratamento metodológico e às referências bibliográficas;

2) em setembro de 2006, fez-se contato com o diretor do hospital, com chefias médica e de enfermagem da unidade de emergência, e com os 12 sujeitos da pesquisa, aos quais explicou-se o objetivo e importância, reafirmando o caráter sigiloso, com pedido de autorização. As pessoas concordaram com o estudo;

3) convivência com a dinâmica estrutural e humana da emergência, especialmente, desde setembro de 2006, para melhor conhecê-la;

4) busca, partir de setembro de 2006, de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do hospital, já constituía etapa prioritária do processo de investigação;

5) de setembro de 2006 a fevereiro de 2007, a pesquisa de campo é efetivada, tendo sido feito estudo-piloto inicial, com o intuito de aperfeiçoar os instrumentos e, finalmente, a investigação literal. Definiu-se o horário desta forma: a observação participante feita mediante anotações, nos dias da semana, nos 3 turnos de trabalho, com duração de 2h:30min. As manifestações verbais e comportamentais dos sujeitos, nos vários setores da emergência, são observadas, especialmente na configuração do sofrimento psíquico: 1. instituição hospitalar; 2. tarefa; 3. relação interpessoal no ambiente de trabalho; e 4. relação com o usuário. Foram feitas 28 observações participantes. As 12 entrevistas semi-estruturadas foram organizadas em itens: 1. dados de identificação dos sujeitos, e 2. informações sobre a configuração do sofrimento psíquico para os sujeitos. O diário de campo foi utilizado para analisar os temas emergentes, em notas descritivas e de reflexão dos pesquisadores em relação à investigação;

6) As idéias de Dejours relativas à psicodinâmica do trabalho referenciam este estudo. Procurou-se estabelecer relação de cordialidade e segurança com os sujeitos, explicitar o uso de notas e assegurar o sigilo do estudo. A decifração do material obtido e sua recorrência temática são fundamentadas no modelo de Kruger (1991), que indica níveis analíticos diferentes quanto ao aprofundamento, variando de uma fase superficial (mostra do material), intermediária (estado descritivo) até um

âmbito de profundidade (compreensão dos significados concernentes ao conteúdo dos sujeitos;

7) as descobertas da investigação serão socializadas com a comunidade, como prevenção e controle do sofrimento psíquico dos profissionais de emergências de hospitais públicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Reflexões instigadas por este estudo são agora expressas, ressalta-se, porém, que representam o recorte ou leitura ou compreensão da realidade polissêmica do objeto investigado.

Os sujeitos da pesquisa parecem vivenciar, pelas condutas e falas, tipologia específica de sofrimento psíquico por serem trabalhadores da área de saúde e, mais especificamente, de emergência hospitalar pública que atende usuários doentes de pulmão e coração. Utilizam-se mecanismos defensivos para enfrentamento do sofrimento.

Os profissionais pesquisados sofrem em força do mal-estar e tensão causados pelo conflito entre o desejo de realização do trabalho com qualidade, empenho, comprometimento e altruísmo, e a frustração por não conseguirem, muitas vezes, efetivar seu intento, devido a questões pessoais, políticas, sociais, administrativas e técnicas.

O grupo de profissionais, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem é estudado com base nos conceitos de Dejours (1994) referentes à psicodinâmica do trabalho, abordagem por ele fundada, com base psicanalítica, que, como informam Jacques e Codo (2003). Dejours (1992, 1994), contribui para o campo da saúde mental e do trabalho quando diz que é na dimensão individual ou coletiva que ocorrem os problemas na instituição e, ao focalizar o sofrimento psíquico, busca estudar a pessoa como relacionais. Almeja superar a dicotomia entre normal e patológico, priorizando a normalidade sobre a morbidez, e tentando se aproximar do trabalhador para entender como obtém certo equilíbrio psíquico, mesmo vivendo em ambiente de trabalho desestruturante e aniquilador, em situações adversas. A psicodinâmica do trabalho, psicologia do sujeito, objetiva entender as defesas ou estratégias protetoras do adoecimento, suscitadas pelo sofrimento inerente ao trabalho, que pode ser ou não patogênico, as quais são utilizadas pelo trabalhador para continuar íntegro ou “saudável”, apesar das tipologias mórbidas de organização do trabalho. O sofrimento torna-se mórbido quando o sujeito tenta se adaptar ao trabalho, considerando-o condizente ao seu desejo, sem êxito no intento. Esse sofrimento pode ser transmutado

em criação, em benefício da pessoa, ou pode ser mórbido, levando-a ao adoecimento quando as defesas individuais e coletivas não são bem sucedidas.

Os mecanismos de defesa individuais e coletivos podem proteger o trabalhador do sofrimento, como podem aliená-lo dos problemas de à organização do trabalho. O impasse é superado quando o sujeito entende como é produzido o sofrimento, e busca condições para mudar o que o causou por meio do grupo.

A subjetividade e o sofrimento do trabalhador são elementos focalizados por Dejours et al. (1994), que consideram ainda como conceitos básicos da psicodinâmica do trabalho as condições (mais deletérias para a higidez corporal do trabalhador, com nexos com o ambiente do trabalho, que pode ser insatisfatório quanto a equipamentos, segurança e possibilidades de criação) e a organização (influi mais no psiquismo do trabalhador e abrange atividades, competências, responsabilidades e processos hierárquicos e interativos do poder) a ele inerentes. A angústia é simbolizada pelo sofrimento do sujeito que não se percebe como capaz de dar conta dos regulamentos da organização de trabalho, que incluem titulação e aprendizagem rápida e contínua, prática e integração com a cultura organizacional. O prazer, não o desprazer, é desejado continuamente pelo trabalhador. A psicodinâmica do trabalho discorre sobre o conflito instaurado pelo desequilíbrio entre os ditames da organização do trabalho e os desejos do trabalhador. Se a organização do trabalho tem a ver com atividades monótonas, em que não há espaço para a criação, sendo fundamentada em controle e priorizando a produtividade em detrimento dos desejos e necessidades dos trabalhadores, experiências de sofrimento sobrepujarão as de prazer, e poderão se manifestar pela frustração, angústia e outros sintomas específicos. No contexto do trabalho o sujeito não usaria só suas defesas, mas poderia utilizar seu potencial criativo, transmutando sofrimento em prazer. O trabalho deve lhe parecer significativo e interessante e ser passível de instigar o nível motivacional, já que tem história específica. A criação poderia fortalecer a resistência contra a desestruturação psíquica.

As notas referidas intermediaram a interpretação dos psicodinamismos das condutas e falas dos sujeitos.

A configuração do sofrimento psíquico vivido pelos profissionais emergencistas centraliza-se no conflito entre o desejo de onipotência, no que tange ao

poder de resolubilidade diante das dificuldades no âmbito do trabalho, e a frustração pela vulnerabilidade humana e dos entraves estruturais. Os contatos com pacientes e colegas são usados para realização, de forma alucinatória, do desejo de poder como entidades divinas que decidem a vida, ensinando ou orientando as pessoas ou curando-as de doenças, ou influem sobre a morte, quando podem ressuscitá-las. Mecanismos de defesa - na concepção de Laplanche e Pontalis (1988), é o processo que busca reduzir ou suprimir qualquer mudança que possa pôr em risco a integridade biopsíquica do indivíduo - diante da tipologia de sofrimento, em termos individuais - pela negação, quando a pessoa, de acordo com Laplanche e Pontalis (1988), embora formule desejo, idéia e sentimento recalcados, deles ainda se defende, recusando-os. Os sujeitos não se viram como seres humanos frágeis, limitados, mortais, mas como entidades divinas ou heróicas, que lutam contra adversidades e mostram feitos louváveis. Consideram as freqüentes dificuldades do trabalho como intrínsecas à emergência, além de imutáveis e intransponíveis; e da identificação – quando uma pessoa assimila característica de outra, de forma total ou parcial, segundo Laplanche e Pontalis (1988). Os profissionais estudados se identificam com colegas e pacientes, nos quais vêem figuras familiares; e coletivos – pela ilusão grupal, quando têm o grupo como integrado, sem diferenças entre os membros, buscando nele serem aceitos e fortalecimento do sentimento de pertença. O encontro de pessoas, como explica Anzieu (1986), mobiliza fantasias e o grupo, como o sonho, tem a função de realizar, de forma imaginária, desejos insatisfeitos. No grupo, o contato com pessoas pode ser vivido como ameaça angustiante de perda da identidade, o que leva a dificuldades de comunicação. A ilusão grupal tenta resolver o conflito entre o desejo de segurança e unidade, e a angústia por sentir-se ameaçado pela perda de sua identidade no grupo.

A precariedade estrutural fragiliza condutas compromissadas e altruístas, e a precisão de valorização é manifestada. Enfrentam-se grandes responsabilidades e desafios, mesmo diante de riscos psicofísicos de tênues vínculos. O suporte religioso é utilizado, como indica a concepção freudiana, pelo desejo humano de solucionar os problemas sociais. O sofrimento parece ter um teor mais mórbido que criativo, conforme as idéias de Dejours et al. (1994), já que os profissionais são mais passivos, nas tentativas de mudanças benéficas conjunturais. Suas atividades são específicas, ritualizadas e repetitivas; demandam grandes responsabilidades, sábias e rápidas decisões; fomentam angústias, tensões, conflitos, distúrbios físicos e também

emocionais que configuram o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento ou de defesa dos trabalhadores, incluídos, além disso, religião, lazer, exercício físico e família.

5.1 Observações participantes

A análise das categorias observadas:

5.1.1 Condição de trabalho

– *Ambientes físico, químico e biológico*

É uma dimensão precária no que tange a equipamentos e profissionais, tendo sido a primeira configuração de sofrimento psicofísico vivenciada pelos trabalhadores, como se pode perceber nas sessões de observação:

No posto de recepção, duas moças, uma fala das dificuldades do trabalho. A chefe da enfermagem diz que “os setores mais problemáticos são Extra, Sala de Medicação e de Parada”. M aponta “grandes problemas: farmácia, material, maqueiros, segurança”. Outra observadora leva papel higiênico para a moça que vomita. Uma senhora ajuda outra que toma medicação, aproximando a lixeira, onde cospe. Pacientes entram constantemente na Sala de Parada, empurrados em macas e passando muito mal. Os profissionais atendem os doentes rapidamente. A senhora que recebe massagem cardíaca morre. O ambiente é de muita tensão. Outra observadora fala: “aqui a passagem é fácil...” (1ª s).

Nesses exemplos, os profissionais parecem ansiosos para falar sobre os entraves do setor, os quais se refletem no exercício laborativo cotidiano da equipe, e na qualidade dos serviços emergenciais. Desvelam a fragilidade e problemática da estrutura material e humana do contexto emergencial em muitas situações, como instrumentos de trabalho restritos, precários, arcaicos, obsoletos, sucateados e sem manutenção, e número de pessoal insatisfatório, requerendo treinamento diante da demanda de doentes.

Exemplos:

Paredes e pisos quebrados (1ª s);

Cerca de 30 leitos extras. Os médicos atendem em sala sem privacidade. Não há espaço para a escuta do sofrimento humano. O movimento é sempre intenso. Na Sala de Medicação há, constantemente, grande fluxo de pacientes e acompanhantes, e os dois ventiladores não são suficientes para amenizar a alta temperatura e para melhorar a circulação de ar. Os usuários, sintomáticos, exigem rapidez e presteza no atendimento, causando ansiedade nos profissionais. A Sala de Parada e as Salas de Observação contam com quatro leitos cada uma, em geral recebem mais pacientes. O local que demanda os procedimentos mais urgentes e decisivos na manutenção e resgate da vida humana é a Sala de Parada, onde se têm vivenciado situações de constrangimento e impotência. Um grande corredor é transformado numa espécie de enfermaria para abrigar os leitos excedentes à capacidade de atendimento da unidade. As macas são colocadas sem nenhum conforto para pacientes e acompanhantes. A espera por leito ou transferência para outra instituição de saúde podem durar horas ou até dias! O espaço e a dinâmica do trabalho não permitem o isolamento de pacientes portadores de doenças contagiosas, como tuberculose. Há dois auxiliares de enfermagem e uma enfermeira que atendem os pacientes do corredor. Estudantes de Medicina, comumente, circulam entre os leitos, mas os pacientes reclamam pela falta de atenção e pela demora da resolubilidade assistencial. As roupas de cama misturam-se, nas macas, às toalhas, travesseiros e lençóis dos próprios pacientes. Os médicos costumam deslocar os pacientes nas macas, devido à urgência das condutas e à insuficiência de maqueiros (2ª s);

Os banheiros estão em precária manutenção e mau cheiro. Apenas uma auxiliar usa equipamentos de proteção (máscara, gorro e propés). Uma paciente vomita, não há toalhas de papel. Um dos auxiliares revela que habitualmente, não se usam luvas para punção venosa, embora saibam que devem fazê-lo, gastariam três caixas de luvas por dia, e o hospital dispensa apenas uma. Relatou que uma paciente alertou ser soropositiva, e que ele deveria usar luvas. Pulsiona, mesmo assim, a veia da paciente sem a devida proteção. Justifica-se, dizendo: “tenho prática e profissionalismo. Atendo de 60 a 80 pacientes por dia”. Na “Sala de Parada”, um paciente sofre parada cardiorrespiratória. Profissionais e estudantes revezam-se na massagem cardíaca. Há

mais três pacientes na sala já monitorizados. Outro paciente grave solicita atenção da equipe, que se prepara para entubá-lo. Chega outra paciente “parada”. O médico pergunta: “este aparelho está funcionando?” Uma paciente vai a óbito e a enfermeira retira o corpo. A equipe se volta para outro paciente grave. Trabalha com pressa e de forma ritualizada e mecanizada. A sala está bastante suja, com depósitos de sacos plásticos jogados pelo chão. Não há, para a equipe, momentos de descanso, diálogo e interação. O ambiente é de estresse e de muito barulho de monitores e vozes (3^a s);

Na Sala de Recepção e de triagem nem sempre há médico. A atendente controla e seleciona os pacientes para atendimento. Há congestionamento e agressão física por parte do usuário em relação ao funcionário da triagem (4^a s);

Na Sala de Parada, há sete pacientes em macas. Um paciente no chão, morto, coberto com lençol. Uma enfermeira diz: “a tendência é daqui para pior. Não existem macas de jeito nenhum! Os profissionais fazem os procedimentos de rotina e parecem indiferentes ao corpo no chão. O eletrocardiograma do paciente que foi a óbito é feito mesmo no chão, requerendo também maior esforço da auxiliar de enfermagem, que se abaixa várias vezes, forçando a coluna vertebral. Há pouca interação entre profissionais e pacientes, embora quatro deles estejam vigéis e orientados. Parecem assustados e incomodados com o paciente no chão. Paciente no respirador reclama da maca dura, e a enfermeira explica-lhe que não há outra (5^a s);

Na Sala de Medicação e no Corredor Extra, há sujeira, odores insalubres, iluminação e materiais precários, dificultando a realização de tarefas. Há macas obstaculizando a circulação de pessoas e corpos desnudos. Os diversos profissionais transitam como se não fizessem parte daquele cenário, ou como se ele fosse “normal”. Profissionais discutem casos clínicos sem nenhuma privacidade, e não utilizam os equipamentos de proteção para prevenção de infecções. Alguém parece rir junto a paciente grave. Estudantes de medicina parecem ter postura mecanicista, analisando órgãos doentes e não pessoas adoecidas (6 s).

O plantonista médico está preocupado com a demora do substituto. A auxiliar diz: “nós nos sentimos ilhados, sem acesso para o Hospital e para as salas circunvizinhas. Não há controle em relação à entrada de pessoal. Não temos privacidade para preparar medicação. É um estresse total, sem condições para concentração. Tem

que ver tudo do boletim de emergência: desde o nome, que pode vir trocado, à medicação e ao diagnóstico. A sala não conta com saída de urgência. Uma vez, quando foi necessário, pulei a janela de acesso ao rol do Extra (19^a s);

- Situação de higiene e segurança

A preocupação com a higiene e a segurança também pôde ser vislumbrada na investigação, porém recortam-se apenas as situações referentes ao sofrimento psíquico dos profissionais emergencistas, por condizentes com o objeto de estudo focalizado. Os seguintes fragmentos de sessões mostram elementos de prejuízos para a saúde mental e física, inclusive no que tange à possibilidade de acidentes com os trabalhadores sujeitos desta pesquisa:

Paredes e piso quebrados. Lixeiras abertas. O serviço de raios x coloca-nos sob riscos (1^a s);

O contexto seguinte revela o caráter deletério do trabalho no que concerne, especialmente, à saúde mental dos profissionais:

Os médicos atendem em sala retangular, desempenhando funções dentro dos limites e das possibilidades. O movimento é sempre intenso, e sem pausas para qualquer tipo de descanso (2^a s);

A situação, a seguir, mostra a necessidade de mais conscientização e treinamento por parte dos trabalhadores em termos de valorização da higiene e da segurança no trabalho:

Profissionais atendem pacientes sem luva. M diz que atendem “de tudo, não só pulmão e coração. Alguns médicos encaminham para outros locais”. Aponta “grandes problemas: farmácia, material, maqueiros, segurança” (1^a s);

Na Sala de Medicação, os dois ventiladores não são suficientes para amenizar a alta temperatura e para melhorar a circulação de ar. Há, constantemente, grande fluxo de pacientes e acompanhantes. Os usuários, sintomáticos, exigem rapidez e presteza no atendimento, causando ansiedade nos profissionais. O local que demanda os procedimentos mais urgentes e decisivos na manutenção e resgate da vida humana é a Sala de Parada, onde se tem vivenciado situações de constrangimento e impotência.

Grande corredor é transformado em de enfermaria para abrigar os leitos excedentes à capacidade de atendimento da unidade. As macas são colocadas sem nenhum conforto e privacidade para pacientes e acompanhantes. Não há isolamento de pacientes portadores de doenças contagiosas, como a tuberculose. As roupas de cama misturam-se, nas macas, às toalhas, travesseiros e lençóis dos próprios pacientes (2ª s);

Os banheiros estão em precária manutenção e mau cheiro. Paciente vomita, e não há toalhas de papel. Os auxiliares não utilizam equipamentos de proteção (luvas, gorros, máscaras e propés). Apenas 1 auxiliar usa máscara, gorro e propé.. Pergunto ao auxiliar se eles não costumam usar luvas para pulsão venosa, responde que devia usar, gastar-se-iam cerca de 3 caixas de luva por dia, quando o hospital dispensa apenas 1. Relata que uma vez uma paciente alertou-disse ser soropositiva, para ele usar luvas. Pulsiona, mesmo assim, a veia da paciente, sem a devida proteção. Justificou-se dizendo: “tenho prática e profissionalismo. Atendo de 60 a 80 pacientes por dia” (3 s);

Barulho de monitores, ruídos de profissionais e acomodação inadequada da equipe, que se mantém de pé para melhor observar os enfermos (10 s);

A enfermeira conta que alguns funcionários já contraíram tuberculose, devido ao intenso contato com os pacientes, já que ficam muito expostos durante o atendimento (27 s).

Situações de violência sofrida pelos trabalhadores:

O auxiliar diz que atende pacientes estressados e grosseiros (3ªs);

A Chefe da Enfermagem relata agressão vivenciada, e queixa-se de impotência para resolver conflitos dessa ordem (10 s);

Há agressão física do usuário em relação ao funcionário (11 s).

A precariedade dos recursos materiais e humanos e os riscos psicofísicos são situações destacadas, pelos sujeitos. Dejours et al. (1994), a propósito, acreditam que as condições de trabalho problemáticas, em recursos, equipamentos, segurança e possibilidades de criação, são mais prejudiciais à saúde física do trabalhador, mas

ressaltam-se, contudo, os nexos intrínsecos entre as dimensões mental e corporal do ser humano.

5.1.2 Organização de trabalho

Houve ocasiões em que se pôde perceber, no estudo, a natureza das atividades desempenhadas, que pareceram repetitivas e mecanizadas no convívio diário com a dor e a morte de pacientes, sem espaço para criação, apesar de inquietantes pelas grandes responsabilidades que lhes são inerentes. Os sujeitos, às vezes, vêem sintomas ou órgãos doentes, e não pessoas adoecidas e sofridas, com histórias de vida específicas. O grupo de trabalho não vivencia processos interativos freqüentes, nem tem contato com as chefias, nem muitas oportunidades de participação nos processos decisórios do serviço de emergência. Os vínculos entre colegas, gestores e pacientes são, algumas vezes, raros, conflituosos e hostis. A negação, a identificação e a ilusão grupal são mecanismos defensivos muito utilizados pelos profissionais, que desejaram poder realizar o trabalho de forma satisfatória e nas condições adequadas, mas que experimentaram a angústia por conta da frustração de não vivenciá-lo plenamente do modo imaginado, devido aos impedimentos políticos, administrativos, organizacionais e pessoais.

- Conteúdo da tarefa

Atividades específicas, de acordo com a categoria profissional, são caracterizadas pela repetição, ritualização, e mecanização, além de ansiedade por conta das grandes responsabilidades a elas inerentes, e das muitas dificuldades do contexto do trabalho.

Os exemplos das sessões de observação seguintes ilustram as considerações feitas:

O médico empurra a maca e outro, com vários alunos, olha prontuários e chapas. Há pacientes na “Sala de Parada”. Tenta-se recuperar uma senhora com massagem cardíaca. A moça entre eles comenta algo com outra e parece rir. Pacientes entram constantemente na sala, empurrados em macas passando mal. Os profissionais atendem os pacientes rapidamente. A senhora que recebe a massagem cardíaca vai a

óbito. Muitos vão atender paciente grave. O ambiente é de muita tensão. Estudantes de medicina têm uma postura mecanicista, analisando órgãos doentes e não pessoas adoecidas (1 s);

Os médicos recebem paciente crítico e com risco de morte e atendem em sala retangular, desempenhando funções dentro dos limites e das possibilidades. O movimento é sempre intenso, sem pausa para qualquer descanso. Há, constantemente, grande fluxo de pacientes e acompanhantes. Os usuários, sintomáticos, exigem rapidez e presteza no atendimento, causando certa ansiedade nos profissionais. O local de procedimentos mais urgentes e decisivos para a manutenção e resgate da vida humana é a Sala de Parada, onde se têm vivenciado situações de constrangimento e impotência. Grande corredor é transformado em enfermaria para abrigar os leitos excedentes à capacidade de atendimento da unidade (2^a s);

Falta de profissionais no corredor de pacientes. Paciente grave solicita atenção da equipe, que se prepara para entubá-lo. Chega outra paciente “parada”. Paciente vai a óbito. A equipe se volta para o outro paciente grave. Trabalham com pressa e mecanização. Não há, para a equipe, momentos de descanso, de diálogo, e de interação. O ambiente é de estresse e muito barulho de monitores e vozes. Paciente é levado para outra sala por 2 auxiliares. Técnica prepara o corpo da paciente morta em sala anexa (3^a s).

A aparente indiferença dos profissionais e a música entoada pela auxiliar de enfermagem representam o mecanismo defensivo concernente à negação:

Na sala de parada, paciente, no chão, vai a óbito. Os profissionais parecem indiferentes ao corpo. Auxiliar cantarola uma música de forró: “quem é o gostosão daqui? Sou eu, sou eu ...” O eletro é feito no chão, com maior esforço da auxiliar de enfermagem, que se abaixa várias vezes, forçando a coluna. Os diversos profissionais transitam como se não fizessem parte do cenário. Observa-se o automatismo dos profissionais, a apreensão do enfermeiro e o aspecto cansado do auxiliar de enfermagem. (6 s);

A enfermeira diz: “este paciente ainda está aqui, ainda não solucionaram o problema”(s 8);

O enfermeiro fala: “é preciso fazer muitas coisas simultaneamente”(13 s);

Os profissionais revelam preocupações em relação ao tratamento dos pacientes no que se refere às transferências, à terapêutica medicamentosa e a novas admissões (23 s);

Uma enfermeira diz: “como é que pode eu ter errado o censo?”(26 s);

No caso seguinte o estudante utiliza a estratégia defensiva de identificação, estabelecendo relação de parentesco com a paciente para amenizar a impessoalidade do ambiente, dando-lhe teor de mais humanidade. A maior proximidade afetiva da paciente diminui a angústia de ambos diante da dor e da possibilidade da morte:

Um estudante indaga: “vovó! Vovó! Está me ouvindo”? Outro diz: “calma, vovó, vamos já tirar o tubo da boca” (3 s).

A ilusão grupal, mecanismo de defesa coletivo, está na fala do médico: “apesar do estresse e da sobrecarga de serviço, somos felizes por estarmos aqui” (22 s).

A situação seguinte é a forma defensiva de negação, mas o lazer pode ser, outro tipo de enfrentamento do sofrimento psíquico vivenciado no trabalho pelos profissionais:

Internos da medicina falam sobre divertimentos vivenciados no fim de semana. (6^a s).

- nível de autonomia

Os profissionais têm certo nível de autonomia nas respectivas atividades do serviço emergencial. .Os médicos têm o poder de decisão maior, nas relações de trabalho, também limitado pelos entraves institucionais e políticos.

Exemplo:

Nota-se sua impotência para resolução de questões que escapam a gerência (10 s);

Na Sala de Medicação, “tem dia que só tem 1 médico segurando as pontas nos consultórios de atendimento externo. Só vem aqui quando dispõe de tempo, mas nós temos orientação para conduzir o paciente que passa mal à Sala de Parada “ (19^a s);

-Relações de poder

O grupo de trabalhadores emergencistas integra a equipe de trabalho da instituição hospitalar de forma apartada do resto do hospital, com níveis hierárquicos que distanciam e massificam os indivíduos, impedindo ou limitando o conhecimento de seus desejos, necessidade e angústias do trabalho. Há situações em que os gestores mostraram-se democráticos e atentos às questões do grupo que coordenavam. O poder, contudo, é mais relacionado aos médicos e às chefias, como se pode ver nos relatos das sessões de observação:

Alguém avisa: “vai haver reunião com todas as chefias (1^a s);

Há impotência para resolver as condutas administrativas que escapam a sua gerência (10^a s);

Na sala de medicação “tem dia que só tem 1 médico. Só vem aqui quando dispõe de tempo, mas nós temos orientação para conduzir o paciente que passa mal à

Sala de Parada “ (19^a s);

Auxiliar de enfermagem comenta: “não temos o reconhecimento do pessoal lá de cima”(27 s).

- Relações interpessoais

Os processos interativos dos sujeitos são conflituosos, neles, instigando certa ansiedade. Os contatos entre trabalhadores são reduzidos apenas a questões profissionais. Alguns expressam insatisfação com membros da equipe de trabalho, apesar de os relatos terem sido restritos, como se temessem expressar sentimentos e dissabores. Houve, contudo, tentativas de integração do grupo, como a preparação do Natal, data comemorativa que possibilita maior proximidade entre as pessoas. Elogios aos membros da equipe também são verbalizados, bem como a negação dos problemas inerentes às relações de trabalho, configurando estratégia coletiva de defesa, ou seja,

ilusão grupal. Os contatos com os gestores são raros, e os desentendimentos e agressões com os usuários.

Os recortes de sessões são esclarecedores:

Pequena árvore de natal com presentes. Funcionárias se cumprimentam e perguntam sobre o natal (1ª s);

O auxiliar diz que atende pacientes estressados e grosseiros. Não há, para a equipe, momentos de descanso, diálogo, e interação (3ª s).

O exemplo seguinte mostra a negação como defesa do grupo de profissionais:

Na Sala de Parada (...)paciente, no chão, vai a óbito. (...). Há pouca interação entre profissionais e pacientes, embora 4 deles estejam vigeis e orientados. Parecem assustados e incomodados com o paciente no chão (5ª s);

Os diversos profissionais transitam como se não fizessem parte do cenário, ou como se ele fosse “normal”. Observa-se o automatismo dos profissionais, que não interagem entre si (6ª s);

Outra auxiliar fala: “quem é o enfermeiro hoje à tarde”? Alguém responde indicando o nome de colega. A auxiliar diz : “os auxiliares têm que fazer um abaixo assinado, porque toda tarde ela vai embora mais cedo e deixa a gente sozinha” (8 s);

Agressão física do usuário em relação ao funcionário (11 s).

Os exemplos seguintes representam a ilusão grupal, ou seja, mecanismo de defesa coletivo utilizado pelos sujeitos:

Enfeitam, o espaço, ornamentos festivos, na tentativa de relembrar o espírito natalino e de renovar os ânimos (12 s);

O médico diz: “apesar do estresse e da sobrecarga de serviço, somos felizes por estarmos aqui”(22 s);

Percebe-se a preocupação do plantonista médico com a continuidade do plantão, já que o substituto ainda não chegou (17 s);

A auxiliar desabafa: “nós nos sentimos ilhados, sem acesso para o hospital”(19 s);

Há discussão entre médicos sobre a conduta terapêutica a ser implementada (24 s).

Profissionais manifestam, nas falas, sentimentos de desvalorização profissional:

Auxiliar de enfermagem comenta: “para que o paciente seja bem atendido, nós, profissionais, precisamos estar bem mentalmente, financeiramente, bem alimentados e estruturados, e nós não temos o reconhecimento do pessoal lá de cima”(27 s).

Desafios e formas de enfrentamento (religião, lazer) ou defesas (negação, identificação e ilusão grupal. Os sujeitos, por meio deles, buscam minimizar ou aplacar as angústias), assim, são inerentes, conforme observações realizadas, à organização de trabalho, que Dejours et al. (1994) ressalta influi mais na subjetividade do trabalhador e abrange atividades e processos interativos. O trabalhador que se percebe incapaz de dar conta dos regulamentos da organização pode vivenciar angústia e sofrimento psíquico. As dificuldades dos sujeitos se relacionam com o conteúdo da tarefa, repetitivo, ritualizado, mecanizado e específico, requerendo ações responsáveis e competentes; nível de autonomia, relativo no âmbito de todas as atuações profissionais; relações de poder, que se caracterizam pela subordinação dos trabalhadores a estruturas de gestão hierarquizadas; e as relações interpessoais, permeadas por conflitos.

5.2 Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas, de conteúdos coincidentes com o material obtido, nas sessões de observação, foram comentadas conforme os itens: 1. Dados de identificação; e 2. Informações sobre o sofrimento psíquico do trabalho.

5.2.1. Dados de identificação

Este item acima auxilia no recorte do perfil dos sujeitos médicos (S1 à S4), enfermeiros (S5 à S8) e auxiliares de enfermagem (S9 à S12) entrevistados.

- Nome

Os participantes do estudo foram assim caracterizados em respeito ao sigilo: médicos (S1 à S4); enfermeiros (S5 à S8); e auxiliares de enfermagem (S9 à S12).

- Idade

Os profissionais médicos com idade entre 35 (S1) a 54 anos (S2), condição de trabalhadores jovens que labutam na emergência.

Os sujeitos enfermeiros na faixa etária entre 40 (S8) a 51 anos (S6).

Os auxiliares de enfermagem, entre 35 (S 12) a 52 (S 9) anos.

Nas categorias de médicos e de auxiliares de enfermagem estão os profissionais mais jovens, com 35 anos (S1 e S12), enquanto o grupo de médicos também inclui o profissional mais maduro, com 54 anos (S2). A variação de faixa etária dos sujeitos, varia de 35 a 54 anos.

- Sexo

O sexo masculino predomina entre os médicos (S1, 2 e 3), característica da maioria do grupo, sendo apenas um dos membros do sexo feminino (S4). A situação denota a prevalência de homens, na profissão médica, apesar dos espaços conquistados pelas mulheres, atualmente, nas mais diversas atividades de trabalho, inclusive na área da saúde.

Os sujeitos enfermeiros (S5, 6, 7 e 8) são mulheres.

A maioria dos auxiliares de enfermagem é do sexo feminino (S10, 11 e 12), com exceção de S9, do sexo masculino.

O grupo de médicos concentra mais homens (3 dos integrantes: S1, 2 e 3), enquanto os auxiliares de enfermagem, apenas um homem (S9). O grupo de enfermeiros é todo formado por mulheres (os 4 sujeitos: S5, 6, 7 e 8), e os auxiliares de enfermagem têm 3 membros também mulheres (S10, 11 e 12). A maioria do grupo investigado, é formado por mulheres (9 membros), suplementada por 4 homens.

- Estado civil

Dos sujeitos médicos, 2 solteiros (S1 e S2), 1 divorciado (S3), apenas 1 era casado (S4), o que mostra que os investimentos afetivos são preteridos no grupo.

Entre as enfermeiras investigadas, 3 casadas (S5, S6 e S8) e 1 divorciada (S7).

A maioria das auxiliares de enfermagem é de casadas (S10, 11 e 12), com exceção de S9, que era separada.

Assim, são 7 profissionais casados no grupo pesquisado (1 médico, 3 enfermeiros e 3 auxiliares de enfermagem, 2 médicos solteiros e 3 sujeitos separados (1 médico, 1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem).

- Profissão

Os sujeitos médicos dizem-se Especialistas em Cardiologia (S1), Clínica Médica (S2 e S4) e Pneumologia (S3 e S4), as Especialidades em Geriatria, Medicina do Trabalho e Auditoria são feitas por S4, conforme entrevista. As especialidades da clínica médica e da cardiologia, são mais frequentes no grupo, apesar de o hospital tratar de doenças do pulmão e do coração (apenas S1 disse ser especialista em cardiologia). Existem, contudo, as comorbidades que acometem os pacientes e a pluralidade das especializações, certamente, útil nas terapêuticas implementadas pela equipe com o intuito de favorecê-los.

Entre os sujeitos enfermeiros, um (S6) no cargo de chefia.

Os auxiliares de enfermagem (S9 à S12) referem-se, apenas, à esta formação específica.

- Nível de escolaridade / Titulação

Os médicos são especialistas, com ênfase em pneumologia (S3 e S4) e em clínica médica (S2 e S4). A área da cardiologia também é indicada por S1, enquanto S4 referiu-se também à geriatria, medicina do trabalho e à auditoria. A situação denota falta de condições para investir no aprimoramento profissional continuado e em outras modalidades de cursos, em nível de pós-graduação (mestrado, doutorado, etc).

As enfermeiras são especialistas, uma delas (S5) na área cardio-vascular, 2 (S6 e S7) no campo da saúde pública e outra (S8) na área da emergência.

A maioria dos auxiliares de enfermagem (S9, 11 e 12) tem o Segundo Grau, com formação técnica correlata ao trabalho atual, apenas S3 tem o Terceiro Grau.

Todas as categorias profissionais se esforçam, mas há certa dificuldade para prosseguirem em seu aprimoramento intelectual, possivelmente por conta da prática profissional que a absorva nas longas, exaustivas e cotidianas jornadas de trabalho. Todos os médicos (S1 a S4) e as enfermeiras, são especialistas.

- Renda

A maioria dos médicos (S1, S3 e S4) ganha em torno de R\$ 10.000 reais, e S2 recebe R\$ 1.200,00 reais no hospital . Este último, porém, trabalha em outros locais, mas não indicou a totalidade do salário.

O salário das enfermeiras varia de R\$ 1.500,00 reais (S8) à R\$ 5.000,00 reais (S7).

Os auxiliares de enfermagem declaram ganhar entre R\$280,00 (S10) a R\$760,00 (S9) reais.

Os médicos, assim, têm os maiores salários, enquanto os auxiliares, os menores provimentos.

- Tempo de serviço na instituição / tempo de serviço na função

A questão leva a respostas diversificadas dos médicos, já que S1 parece ter-se referido aos anos de trabalho no hospital, indicando 4 anos; S2 e S3 citam apenas horas de trabalho semanais (20 horas no hospital e 44 horas em outros serviços, segundo S2, e 55 horas conforme a fala de S3, com 4 horas destinadas à SESA); e S4 se reporta ao tempo de serviço na função, 22 anos e às 60 horas semanais de trabalho, incluindo plantões noturnos. Os sujeitos têm mais de um emprego (os números variam de 2 a 5 – S1, 2; S2, 5; S3, 5; e S4, 4), inclusive em áreas distantes da cidade de Fortaleza (Maracanaú e Aquiraz, indicadas por S2). Atuam em consultórios (S3 e S4), em hospitais particulares (S3 e S4) e públicos, além de outras instituições públicas da área

de saúde. Um (S1) desempenha função de gestor. Os médicos, de forma geral, têm muitos empregos e excessiva carga horária de trabalho. S4, além disso, revela ter mais tempo de serviço na área que S1 (22 e 4 anos, respectivamente).

As enfermeiras oscilam, no que tange ao tempo de serviço na função, entre 9 (S5) a 27 anos (S7). Variam, em relação ao tempo de serviço na função, de 9 (S5) a 28 anos (S7).

Os auxiliares de enfermagem disseram teve de 7 (S11 e S12) a 16 anos (S9) de tempo de serviço na instituição, e de 7 (S11) a 16 anos (S9) de tempo de serviço na função.

Os médicos não explicitam claramente o tempo de serviço na instituição, um deles chega a referir 60 horas semanais de trabalho, as outras categorias profissionais entre 7 (S11 e 12, auxiliares de enfermagem) e 27 anos (S7, enfermeira). O tempo de serviço na função é de 4 (S1, médico) a 28 anos (S7, enfermeira).

- Religião

A maioria dos médicos é católica (S1, S3 e S4). A questão não é respondida por S2. Esse dado do estudo coincide com o material obtido pelas observações participantes, em que os sujeitos têm a religião, especialmente a católica como suporte psicológico no exercício laborativo cotidiano, permeado de tensões, angústias, entraves e desafios.

As enfermeiras disseram ser católicas. S7, a propósito, enfatizando que a religião católica muito as ajudava, com assistência à missa.

A religião católica é indicada por 3 auxiliares de enfermagem (S9, 10 e 12), apenas S11 é evangélico.

A maioria dos sujeitos (3 médicos – S1, S3 e S4; as enfermeiras – S5 a S8; e 3 auxiliares de enfermagem – S9, S10 e S12), declara ser católica

- Nacionalidade

Sem resposta dos sujeitos médicos a esta questão, mas enfermeiras e auxiliares de enfermagem são brasileiros.

- Outras experiências de trabalho

Os médicos têm outros empregos, de 2 a 5. (O item 1.8 desvela a situação). A quantidade varia desta forma: S1, 2; S2, 5; S3, 5; e S4, 4, inclusive, em áreas longínquas da cidade de Fortaleza (Maracanaú e Aquiraz, indicadas por S2), com atuação em consultórios (S3 e S4), e em instituições particulares (S3 e S4) e públicas da área de saúde, incluindo hospitais. S1 tem função de gestor. Os profissionais, ao falarem de pluralidade de emprego revelam excessiva carga horária de trabalho, e possível vivência do sofrimento psíquico.

As enfermeiras referem-se a outras experiências de trabalho, de 1 até 3 modalidades, basicamente em instituições de saúde: como agente administrativo (S5); na Secretaria de Saúde – SESA (S6); na FUSEC, em Posto de Saúde e no Hospital de Saúde Mental (S7), na Maternidade Jesus Sacramento e no Hospital de Maracanaú (S8).

Os auxiliares de enfermagem têm atividades de manobrista (S9), lava-jato (S10), industriária e comerciante (S11), e atuações em hospitais do interior e da rede privada em Fortaleza (S12). Esta última única pessoa do grupo com experiências de trabalho anteriores na mesma área de hoje.

Os médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem têm outros empregos, entre 2 a 5, 1 a 3 e 1 a 2 modalidades, respectivamente.

5.2.2. Informações sobre o sofrimento psíquico do trabalho

- O que significa, para você, trabalhar na emergência do hospital?

Os profissionais médicos pareceram perceber este tipo de trabalho como de caráter ambivalente em termos de utilidade, satisfação e prazer, mas também de problemas, dificuldades, insatisfação, mal-estar, desprazer, sofrimento. As falas dos sujeitos estão permeadas por uma espécie de clivagem ou apartação entre sentimentos contraditórios no que tange à gratificação e frustração. Mostram-se contidos ao discorrer sobre os empecilhos no trabalho, parecendo temer refletir sobre eles, revelá-los e denunciá-los. Disseram trabalhar na emergência com prazer, sentindo-se úteis,

solidários e altruístas. Suas falas, contudo, referem situações de sofrimento dos pacientes e deles próprios. S1 fala de prazer, mas também, literalmente, das dificuldades pelo grande número de pacientes e por conta dos salários exíguos dos trabalhadores. Compara o trabalho ao sacerdócio, também atividade honrosa e admirável, mas de privações. O sacerdote, como o médico, muitas vezes está mais voltado para as questões dos outros do que para as próprias. S2 refere-se à solidariedade em tempos críticos, e reforça a posição de S1, na pretensão dos desejos, em relação aos da coletividade. S3 disse que reconhecer o atendimento insatisfatório médico, inclusive de sua parte, que, além de dinheiro, ganha gratidão, trabalha por altruísmo, suplementando também as posturas de S1 e S2, no interesse pelo outro. Essa atitude se compara à dos líderes, atentos às vicissitudes e questões do grupo, e à dos heróis, espécie de guerreiros valorosos, que alcançam vitórias após grandes desafios. S4 diz ensinar a aliviar as dores dos pacientes, com compromisso (como uma dívida) e vocação, e ser na emergência que se aprende a ser médico. Sua posição é semelhante à dos sujeitos anteriores, também altruísta. Os empecilhos administrativos e financeiros não os impedem de trabalhar visando beneficiar os pacientes. Cada um dos sujeitos enxerga o trabalho de médico de emergência como prática ambivalente de prazer e sofrimento. É preciso estar ou passar por ali para aprender, na prática e no cotidiano dos pacientes, a medicina, nem sempre atenta as suas dores mais ingentes. Mas, certamente, gostaria de exercitar a mesma ciência médica de forma mais satisfatória. Os sujeitos vêem sua atuação como superior, em relação aos doentes: vocação, cuidado dos pacientes, mesmo com salários ínfimos, e têm o que lhes ensinar. Essa postura é alterada apenas por S3, que aponta o mau atendimento médico, em que se inclui, ressaltando a gratidão dos pacientes, e por S4, que enfatiza a reciprocidade da aprendizagem entre médicos e pacientes na emergência. S3 e S4, mostram humildade ao reconhecerem a necessidade da melhoria constante de profissional, no que tange ao potencial humano e intelectual.

As enfermeiras também indicam ambivalência nas falas, no que se refere aos significados que atribuem ao trabalho de emergência. S5 ressalta, como pontos positivos, a felicidade experimentada pelo altruísmo, dever cumprido e processos interativos com os colegas. Aponta, também entraves: estresse devido às condições físicas deficitárias e a problemas na equipe de trabalho. S6 diz se identificar com a emergência, com enfrentamento de estressantes problemas com as pessoas no trabalho. Para S7 atuar na emergência é poder colaborar com o serviço e acolher os pacientes

estressados que precisa de atendimento urgente. S8 verbaliza que a emergência é lugar dinâmico em que gosta de estar, apesar de cansativo, não é angustiante, por haver sempre um médico para decisão do que fazer diante de paciente com parada cardíaca ou respiratória. É poder tentar ajudar os pacientes, nem sempre conseguindo. A emergência, representa para as enfermeiras a possibilidade de ajudar pacientes e de cumprir seu dever profissional.

Os auxiliares de enfermagem têm a mesma visão ambivalente da emergência, percebendo-a como possibilidade de aprendizagem (S9), de altruísmo (S9, 10, 11 e 12), de prazer (S9, 10 e 12) e sofrimento (S10, 11 e 12). Os profissionais, todos, têm uma missão ou compromisso social a serem cumpridos, por meio do trabalho da emergência, ou vivenciam troca de benefícios permeada de angústias e prazeres, frustrações e satisfações, como ressaltam Guimarães e Grubits (2003). Experimentam o conflito entre onipotência e vulnerabilidade, entre querer e não poder atender bem o paciente devido a entraves sociopolíticos e institucionais. O sofrimento psíquico parece ser de teor mais mórbido que criativo, conforme Dejours, Abdouchel e Jayet (1994), é que, no contexto do trabalho não usam o potencial criativo para transmutar sofrimento em prazer, só com mecanismos de defesa individuais e coletivos. Tornam o trabalho, então, mais interessante e significativo, aumentando o nível motivacional e se fortalecendo psicologicamente.

Falas dos sujeitos subsidiam a questão:

“é uma realidade que inclui prazer, dificuldades, grande demanda de pacientes, salários baixos. É um sacerdócio” (S1);

“é a possibilidade de ser solidário e útil às pessoas num momento crítico” (S2);

“trabalho aqui por altruísmo. Ganho dinheiro, mas também ganho reconhecimento e gratidão” (S3);

“é compromisso e vocação, prática de ensinamentos, poder aliviar a dor de quem busca conforto. É aqui que se aprende o que é ser médico” (S4);

“É ser feliz por conta do dever cumprido, mas estressar-se por não ter onde colocar os pacientes extras, dificuldade que não era para existir” (S5);

“É poder assumir o estresse dos pacientes que estão entre a vida e a morte” (S7);

“Tenho uma missão aqui” (S10);

“É a entrada principal do hospital, o lugar onde se precisa estar preparado para lidar, constantemente, com o sofrimento do paciente” (S11).

O trabalho de emergência representa, para os profissionais, altruísmo e aprendizagem.

- Fale sobre suas condições de trabalho na emergência (ambientes físico, químico, biológico, e situações de higiene e segurança).

Muitos problemas são apontados pelos médicos, que se mostram bastante inquietos por sentirem a necessidade de melhoria do setor. O estresse é indicado por S1, como freqüente na categoria profissional. A sobrecarga de trabalho é enfatizada por 2 sujeitos (S1 e S2), e um deles (S2) também a incluiu no grupo dos técnicos de enfermagem, maqueiros e vigilantes. A insalubridade (S1: a emergência é o lugar mais insalubre do hospital) e a grande demanda de pacientes (demanda relacionada por S4 com a atenção primária e secundária falha) são fatores ressaltados por todos eles. Equipamentos insatisfatórios são denunciados por todos. Carência de médicos emergencistas e salários defasados são incluídos como entraves da emergência. O atendimento ruim é lembrado por todos, e a agressividade dos pacientes, pontuada por S3 e S4.

As enfermeiras, ao discorrerem sobre as condições de trabalho de emergência, apontam a falta de espaço, de material, de farmácia, de funcionários, de segurança e de higiene e de educação, bem como calor, barulho, doenças e agressões de pacientes e de familiares. O ambiente físico é considerado problemático (S5, S6, S7 e S8). S5 fala da angústia por não ter espaço para pacientes que, por isso, ficavam no Extra. Para S6, a emergência havia sido preterida em relação a outros setores do hospital, não contava com tecnologia moderna, e difícil o conserto do material quebrado. S7 diz que a Enfermaria e as Salas de Prescrição, Médica e de Enfermagem são muito quentes e precisam ser climatizadas; o número de enfermeiros é insuficiente

diante da demanda de pacientes; que há o barulho das macas. S8 enfatiza a falta de material, leito, por exemplo, e precisava ser criativa para conseguir realizar o trabalho. S6, quanto ao ambiente químico diz haver problemas com a medicação, é que o paciente pode ter alta, sem medicação prescrita pelo médico para levar para casa. Sente pelo paciente, pois não sabe se tem dinheiro para comprar o remédio e se volta. Estressa-se, porque a farmácia da emergência, à noite, não funciona, só a do hospital, e os maqueiros precisam ir lá muitas vezes. Fala ainda que o serviço é cansativo e que tem “hipertensão do jaleco branco”: a pressão sube quando na emergência, e tomando remédio para controlá-la. Segundo S8, há segurança biológica, por usava máscara apropriada para não se contaminar com as doenças dos pacientes, como tuberculose e meningite (mais temida). Não tem medo do contágio porque a máscara a protege. Já se usou instrumento perfurocortante (agulha), em fim de semana, quando tinha que ter autonomia para registrar e orientar o profissional afetado (os casos são notificados e encaminhados ao Hospital São José para serem tomadas as providências). S5 e S6 ressaltam que a higiene e a segurança são precárias, diante do número insuficiente de funcionários para a limpeza, da falta de educação das pessoas (funcionários limpam e pessoas, incluindo outros funcionários, sujam). Para S3, deve haver mais seguranças pois só havia 3 deles. Sai um outro deixa o portão para substituí-lo, podendo qualquer pessoa sem identificação. No hospital há muitas portas de entrada, como de emergência. Teme a entrada de alguém mal intencionado. S7 considera também a segurança problemática. Apesar dos 2 vigilantes, à noite, não há vigilância, com entrada de pessoas. podem acontecer “coisas estranhas”: alguém entra para visita e não vai embora. Discorre sobre higiene, à noite, há mais ratos (que teme) que baratas. S8 diz não haver segurança, por já ter sido agredida por familiares dos pacientes (os quais teme), que já invadiram a Sala de Parada e ameaçaram-na com revólver, quando souberam do óbito, com polícia e agressão física.

Os auxiliares de enfermagem observam que as condições de trabalho da emergência eram precárias. S9 fala ser difícil atender pacientes e acompanhantes. A falta de materiais também é ressaltada pelos sujeitos: medicamentos – S9 e S12; macas, cadeiras de rodas, materiais de limpeza, termômetros, aparelhos de glicemia e pressão – S9; fraldas e lençóis – S10; colchões – S11). O ambiente físico é considerado inadequado, pequeno, quente, mal iluminado, sem conforto, sem higiene e insalubre (S9, S10, S11 e S12), e com muitos ruídos (S9 e S11). A grande demanda de pacientes

sem triagem e o reduzido número de profissionais atuantes são fatores assinalados por todos (S9, S10, S11 e S12). A falta de educação das pessoas é indicada por S9. Todos também vêem a segurança precária: S11 aponta os riscos a que estão submetidos os profissionais, pelo manuseio rápido de medicações; agressões, além disso, são indicadas por S11 e S12. Todos referem a de sobrecarga de trabalho e de cansaço. Para S12, a emergência é para ser mais valorizada.

Os profissionais, assim, falam que as condições de trabalho, na emergência, são bastante problemáticas pela precariedade dos recursos materiais e humanos, e dos riscos psicofísicos, situação que prejudica mais a saúde física desses trabalhadores, conforme Dejours et al. (1994). A configuração de trabalho representa, então, a tipologia de sofrimento, como aponta Seligmann Silva (1994).

As verbalizações dos profissionais ilustram a temática focalizada:

“é o lugar mais insalubre do hospital” (S1);

“O sistema está sobrecarregado (...). A demanda gera situações de agressividade” (S4);

“Sinto angústia por não ter onde pôr um paciente que está chegando ” (S5);

“Adquiri a hipertensão do jaleco branco: quando estou no trabalho minha pressão sobe” (S6);

“A higiene e a segurança são muito precárias: falta pessoal” (S6);

“Quando comuniquei o óbito do paciente o familiar ficou procurando o revólver no bolso, e ameaçava atirar” (S8);

“Tem de tudo na emergência: gente que chega atirando, gritando, quebrando vidro” (S9);

“As condições são péssimas! O paciente está há três dias sem trocar a roupa porque não há roupa no hospital para trocar. Não tem como fazer a medicação na hora certa porque é paciente de mais. O corredor Extra era para ser depósito de macas e virou depósito de gente!” (S10);

“A iluminação é difícil, o calor é insuportável, o espaço é pequeno no corredor Extra” (S11);

“A fila de pacientes estava do tamanho do mundo” (S12).

A precariedade dos recursos materiais e humanos e os riscos psicofísicos caracterizam, as condições de trabalho da emergência.

- **Opine sobre a organização de seu trabalho na emergência (conteúdo da tarefa ou atividades que desenvolve, nível de autonomia, relações de poder e interpessoais).**

Os médicos posicionam-se sobre as vivências específicas, em relação ao tema. S1: o conteúdo das atividades dos médicos é definido, e indica dificuldades com a demanda de trabalho. Fala ainda da autonomia da prática laborativa específica, mas S3 enfatiza que essa autonomia depende da equipe, e S2 que a gestão, no governo estadual, é problemática. Discorre, assim, sobre as relações de poder, as quais variam, na opinião de S3, conforme a direção e os membros da equipe. Este último sujeito pontua, além disso, a necessidade de melhoria dos processos interativos e níveis motivacionais da equipe de trabalho. Os entraves nas relações interpessoais, são enfatizados por S2, S3 e S4.

As enfermeiras se posicionam em relação ao conteúdo da tarefa: S5 aponta grande responsabilidade (“quando o médico não estava para resolver o problema do paciente”), sobrecarga de trabalho (disse que assumia o trabalho do médico), preocupação, reclamações de outros (“havia muitas cobranças. Não podia errar – todos os outros profissionais podiam-, só acertar, porque não sendo 100% não significa nada. Se errasse havia logo muitas conseqüências”). Fala ainda que “precisaria mudar para melhorar, mas que abraçaria todos os problemas para resolvê-los”. S6 tentava organizar a emergência, mas que era difícil fazê-lo, porque os profissionais pareciam não querer mudar. Já havia, contudo, conseguido muito, com exceção da parte do pessoal. S7 conta que tinha muito trabalho para fazer (por conta dos muitos pacientes), e poucas pessoas para dividi-lo. S8 declara que muito se esforçava para salvar um paciente, apesar dos entraves.

S5 afirma que não têm autonomia total, e subordinava-se à decisão do médico para resolver o problema do paciente (só decidia isso quando ele não estava). S6 diz não ter autonomia, pois não agia sem pedir autorização da chefe. S7, tem autonomia relativa, diante das chefias de enfermagem, de emergência e geral, cada uma no horário. Comenta ainda que há muita hierarquia e reuniões. Nunca precisava falar com o diretor, de quem a “peãozada” ficava distante. S8 fala de autonomia relativa, e do problema à falta de material, o que depende da direção, e não da chefia.

Para S5, o médico tem poder sobre a enfermeira. Para S6, o poder do chefe é sobre a enfermeira, que o fazia sobre as auxiliares de enfermagem. S7 comenta que o poder é hierarquizado em relação ao diretor, chefes de enfermagem geral e da emergência, outras enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Para S8, o poder é hierarquizado: direção, médico e chefia de enfermagem. O relógio de ponto ajuda na solução dos problemas de faltas e atrasos de pessoal (os colegas, porém, não gostavam da idéia). As enfermeiras também revelam-se nas relações interpessoais: S5 individualiza os pacientes, e relata conflitos com os médicos. S6 também pontua situação conflituosa com outros profissionais (com enfermeiros e, especialmente, com técnicos e auxiliares de enfermagem). S7 fala sobre a distância da direção do hospital dos funcionários, opinião apoiada por S8, que acrescenta, conflitos com residentes.

Os auxiliares de enfermagem (S9, S10, S11 e S12) enumeram dificuldades no funcionamento institucional. A falta de material, especificamente, na rouparia, também é apontada por S9 e S11. Queixam-se de conflitos com colegas (S9), pacientes e acompanhantes (S10). A grande demanda e o reduzido número de profissionais são outra vez enfatizados por S10 e S12. A necessidade de ser resolutiva na urgência é ressaltada por S12, e autonomia relativa é indicada por S9 e S12, este último sujeito se refere ainda a reuniões apenas de cobranças. Identificam-se com o sofrimento do paciente (S10, S11 e S12), e referem-se a constrangimento, angústia, impotência (S12), frustração e queixas somáticas, como dores nas pernas, estresse, depressão, síndrome do pânico (S10).

Os profissionais, dessa forma, entendem que a natureza das atividades de emergência é caracterizada por grandes responsabilidades, pois lida-se com vida e morte, e desafios, deparavam dificuldades sociopolíticas e institucionais, e usam defesas individuais (negação e identificação) e coletivas (ilusão grupal). Souza (1992), a

propósito, enfatiza que os entraves internos e externos no âmbito do trabalho representam um desafio ainda a ser superado. O nível de autonomia por eles vivenciado é ínfimo, frente de trabalho cujas funções são ritualizadas e repetitivas. As categorias profissionais são hierarquizadas, nessa ordem, nas relações de poder: médicos (mesmo com poder relativo diante dos sistemas macropolíticos limitantes de suas ações), enfermeiros e auxiliares de enfermagem. As relações interpessoais são permeadas de conflitos entre profissionais e com pacientes e acompanhantes. A organização do trabalho dos profissionais, assim, influi deletariamente na subjetividade e na estrutura psíquica a eles inerentes, como acreditam Dejours, Abdouchel e Jayet (1994).

Este item fundamenta-se nos seguintes fragmentos do discurso do grupo investigado:

“Angustio-me porque dou 30 telefonemas por dia quase suplicando aos colegas para virem para um plantão. As autoridades estaduais parecem insensíveis para resolver os problemas e melhorar o serviço” (S2);

“O nível de autonomia depende da estrutura da equipe. Há diretor que valoriza o servidor (...), mas há médicos que trabalham em benefício próprio” (S3);

“Precisa haver melhor comunicação e mais receptividade entre os profissionais no que se refere aos encaminhamentos” (S4);

“O enfermeiro assume o trabalho de outro profissional (...), é como se fosse responsável por tudo o que não funciona a contento” (S5);

“Não consigo fazer tudo como acho que tem que ser, sempre tenho que pedir autorização a minha chefe. (...). Os funcionários dizem que não falam comigo porque têm medo. (...). Há profissionais de nível médio que não respeitam o profissional de nível superior, mas querem que este o faça. Não têm uma postura adequada ” (S6);

“Nunca precisei falar com o diretor. Há muita hierarquia. A peãozada fica distante” (S7);

“Há residente que, quando chega, não conhece ainda o funcionamento, fica nervoso, quer as coisas na hora (...), mas depois se acostuma” (S8);

“Há colegas que não deveriam nem estar aqui, não colaboram, se acham acima de tudo e de todos, não fizeram Curso de Relações Humanas ou, se fizeram, esqueceram” (S9);

“Chega um acompanhante e diz: ‘ por que meu parente está nessa cadeira? Vou já chamar o Barra Pesada’(...). Tem dia, como hoje, que estou tão estressada que até com a Dra. gritei, porque ela queria uma pessoa para ficar do lado dela, e só havia 2 auxiliares para 40 pacientes ” (S10);

“Fui taxada de agitadora por ser resolutiva. Os médicos mandam e tenho que atender (...), mas já preferi desrespeitar a hierarquia quando vi um paciente parando na sala sem nenhum médico ver, por conta da enorme demanda lá fora. Corri com o paciente para a Sala de Parada para ele não morrer. (...). Só teve uma chefia que via meu lado, minha angústia. Gostaria que a chefia não exigisse só de mim (...). O trabalho, para ser feito, precisa ter condições adequadas, não depende só do profissional” (S12).

A organização do trabalho é permeada, então, segundo as falas dos sujeitos, por dificuldades, desafios e conflitos. Executam-se tarefas específicas por parte de cada categoria profissional, ritualizadas, repetitivas e sem espaço para a criação. A autonomia é relativa, e os trabalhadores estão com frequência, em posições de subordinação. A emergência é um espaço de circulação de poder diferenciado e crescente entre as categorias profissionais dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. As relações interpessoais são conflituosas, não só entre os profissionais, mas entre eles, gestores, pacientes e acompanhantes.

- **As condições e a organização do trabalho, na emergência, repercutem em sua saúde mental e física? Por quê? Em que consistem tais repercussões?**

Este item também é comentado pelos médicos. S1, S2 e S3: as condições e a organização do trabalho de emergência repercutem, deletariamente, na saúde mental e física de cada um pelo estresse. Os prejuízos consistiram, conforme S1 e S3, em cansaço; segundo S1 e S2, em sobrecarga de trabalho, instigados também pelo salário insuficiente e pela falta de tempo para a aprendizagem médica. S1 e S3 mencionam a falta de tempo para o lazer e o exercício físico (S3 falou que só agora pode fazê-lo). S2 aponta o risco de vida e a insatisfação que gera ansiedade e doenças degenerativas. S3:

hérnia de disco. S4 procura relaxar, nos fins-de-semana, em viagens e contatos com a natureza, família e livros.

As enfermeiras também têm posições em relação às repercussões psicofísicas das condições e da organização do trabalho de emergência hospitalar. S5, S6 e S8 acreditam que as condições e a organização do trabalho repercutiam em sua saúde mental e física, apenas S7 disse não ter essa crença, mas depois, dói-lhe no ombro. As justificativas de crédito nessas repercussões psicofísicas foram assim indicadas: S5 resalta conflitos com pacientes e acompanhantes, queixas sobre ela para a ouvidoria, que não a escutava, a grande responsabilidade diante da sobrecarga de trabalho pela falta de funcionários (S7 comenta também que havia muito trabalho em face dos muitos pacientes e devido à falta de funcionários para dividi-lo, posição subsidiada por S8, que também diz ter muito trabalho e muitos plantões pelo número insuficiente de funcionários, e haver também plantões, médicos e residentes estressantes), e dificuldades para resolver os problemas (equipe, auxiliares, acompanhantes, comunicação, fluidez de serviços, pedido do médico, transferência, admissão, grande rotatividade). S6 concorda com S5, na preocupação com o excesso de trabalho e as dificuldades de solução dos problemas (faltas e atrasos de funcionários e consertos, por exemplo). Anda muito, com atividades fora do hospital, e que só parava em casa à noite. Não dormia na semana inteira, só no sábado à tarde.

As condições físicas do trabalho, vistas como problemáticas pelas enfermeiras, não são, porém, incluídas como justificativas das repercussões psicofísicas, assim configuradas: S5: cefaléia, estresse, desestruturação e tremores. S6 fala de cansaço, pressão alta, dor nas pernas e de cabeça, estresse, suor, aumento de glicose. S7 queixa-se de dor no ombro, e S8 de estresse, agitação, depressão, choro, apatia, gritos e baixa imunidade, a qual acarreta corrimento vaginal (monilha).

Os auxiliares de enfermagem acreditam que a organização do trabalho da emergência leva a repercussões psicofísicas pela sobrecarga de trabalho com prejuízo da vida social e do lazer (S9 e S11), da falta de material (S10 e S11), da falta de espaço e da superlotação, da pressão por querer fazer e cumprir a missão, (S11), das agressões de pacientes e acompanhantes (S11 e S12), da identificação com o sofrimento do paciente (S10, 11 e 12). Todos (S9, S10, S11 e S12) apontam repercussões psicofísicas como: estresse com sintomas físicos (doenças físicas e cansaço – S9; taquicardia – S10) e

emocionais (preocupação – S9 e S10; depressão, pesadelos – S10; aflição, angústia, comoção, choro, sofrimento (S11); emoção, sensibilidade, envolvimento, mal-estar (S12).

Os profissionais, na totalidade, acreditam nas repercussões psicofísicas do trabalho de emergência, devido às condições e organização, enquadrando-as nos sintomas físicos e emocionais. Angerami-camon (1998) assinala que o envolvimento do profissional da saúde com o doente, a que chama de empatia genuína, pode levar o trabalhador a ver a pessoa adoecida, não o órgão doente, o que pode acarretar-lhe alegrias e também tristezas. Os sujeitos da pesquisa oscilam, nas posturas adotadas, diante do doente, entre a empatia genuína e, principalmente, o profissionalismo afetivo, por respeito à dor do paciente, sem envolvimento emocionalmente. Usam-se técnicas terapêuticas para atender os doentes, de forma distanciada e defensiva. As condições do trabalho são mais deletérias para a higidez corporal do trabalhador, enquanto a organização do trabalho influenciou mais na subjetividade e estrutura psíquica, como ressaltam Dejours, Abdouchel e Jayet (1994).

Relatos das pessoas entrevistadas simbolizam este tema:

“ Sinto cansaço e estresse. Chego em casa sem condições de ver televisão e de ler. A aprendizagem médica fica prejudicada. Há 36 horas estou trabalhando para conseguir uma sobrevivência digna. Não tenho tempo para o lazer ou para um exercício físico regular” (S1);

“Há sobrecarga de trabalho repetitivo e com risco de vida, e estresse. A insatisfação profissional gera, a longo prazo, ansiedade e doenças degenerativas, mas a maioria dos profissionais não pede para mudar de setor. Talvez porque, para quem trabalha na emergência, há um ganho de 70% e plantões adicionais” (S2);

“Sinto fadiga e estresse. Tenho hérnia de disco. Chego em casa e durmo logo, pois vivo exausto. Minha diversão é na emergência mesmo, porque lá dou boas risadas. Só agora consegui tempo para fazer uma atividade física regular” (S3);

“ Dizem que pareço estressada (...). Os mal-entendidos com acompanhantes me afetam muito. Um dia cheguei em casa com uma cefaléia intensa” (S5);

“Tenho hipertensão do jaleco branco. Sinto dor nas pernas e de cabeça. Tenho falhas de memória. Fui obrigada a ter uma atividade física porque tenho intolerância à glicose, mas detesto a academia ” (S6);

“Cheguei a dar uns gritos na Sala de Parada. (...). O estresse do plantão dá corrimento vaginal porque baixa a imunidade ” (S8);

“Saio arrasado, despedaçado no fim do plantão. Há muitos colegas que pedem para serem medicados com sintomas como cefaléia, dor de coluna e de estômago, febre, hipertensão, fraqueza” (S9);

“Tenho taquicardia por causa do estresse, e pesadelos. Já tive depressão e síndrome do pânico, e ainda faço tratamento psiquiátrico. ”(S 10);

“Às vezes descompenso” (S 12).

- Experimenta algum sofrimento no trabalho? Em caso positivo, como se configura, e quais as estratégias que utiliza para enfrentá-lo?

Os médicos vivenciam tipologia específica de sofrimento por conta do trabalho. S1 fala de angústia e S4, de- preocupação. S1, S2 e S3 e S4 referem-se à impotência na resolução dos problemas dos pacientes. Não conseguir salvar vidas, não atender a demanda (a sobrecarga de pacientes influi na demora dos exames, situação também preocupante especialmente para S4), a agressividade dos usuários e as dificuldades de encaminhamentos são questões apontadas pelos profissionais como geradoras de mal-estar e ansiedade (S3, sente-se infeliz com a profissão, mas não com a medicina). Os médicos não indicam as estratégias de enfrentamento das modalidades de sofrimento. (S4 sugere maior investimento na atenção primária e secundária. S3, no item anterior, só agora faz atividade física regular, enquanto S4 procura relaxar, nos fins de semana, em viagens e contatos com a natureza, a família e os livros.

As enfermeiras experimentam algum sofrimento no trabalho desempenhado na emergência hospitalar focalizada. S5 fala de estresse, tensão, angústia, transtorno, nervosismo, tremores, condições instigadas por querer resolver os problemas dos pacientes (que os vê como pessoas da família), na ausência do médico. Lamenta por não ter qualidade de vida, nem muito tempo para o lazer com a família (só estuda e trabalha,

o filho reclama e dela cobra). S6 refere-se a muito trabalho, a dificuldades, em virtude de poucos funcionários disponíveis, e à emergência muito complicada, além de muito cansaço. S7 conta seu envolvimento emocional com morte de paciente puérpera, identificando-se com pacientes adolescentes por conta dos filhos. Tem a sensação aliviada do dever e missão cumpridos, como se tivesse “passado a carga, ao sair do trabalho, mesmo sentindo dor no ombro, motivo para reavaliação. S8 fala de agitação, depressão e apatia, e “aguentava um rojão.” As estratégias das enfermeiras de enfrentamento do sofrimento no trabalho de emergência são estas: S5 individualiza os pacientes e os vê, de forma empática, como parentes; tenta manter bom relacionamento no trabalho; faz ginástica esporadicamente e usufrui de pouco lazer com a família, em passeios, além de contato com os amigos; tranquiliza-se e dorme bem em casa. S6 tem a ajuda da família (marido e filhos), e de colegas da emergência. S7 declara não se apegar aos pacientes (com passagem muito rápida pela emergência – de 1 semana a 10 dias), e não quer trabalhar em pediatria. Ao sair da emergência não leva sofrimento para casa, nem para a hora de dormir. Gosta de estar em casa quando não estava trabalhando, faz ginástica e tem lazer com os filhos (divorciada), em passeios e indo à igreja. Sente alívio por ter cumprido o dever e missão, “passando a carga” concluindo o trabalho, mesmo com dor no ombro, que a levava à reavaliação. Não trabalha à noite nem substituí muitos plantões, e se recupera dormindo bem. Mora perto do hospital e fica perto dos filhos (aonde os filhos vão precisando dela). S8 faz, esporadicamente, alguma atividade física (caminhar, ginástica), mas com a depressão não mais conseguiu praticá-la.

O grupo de auxiliares de enfermagem vivencia algum tipo de sofrimento no trabalho emergencial: S9 fala de sofrimento físico (doenças), mental e financeiro (pobreza e fome); A grande demanda de trabalho, a rapidez de realização e os riscos a que estão submetidos, em face dessa dinâmica, o número insuficiente de trabalhadores e o sentimento de impotência experimentado são elementos também ressaltados por todos. Sintomas apontados: estresse (S9, S11 e S12); cefaléia, dores de coluna e de estômago, fraqueza, infecções, febre, hipertensão (S9). S11 e S12 falam de agressões. S12 de cobranças. A identificação com o sofrimento do paciente é apontada por S11 e S12 (este último refere-se, também a um sentimento de insatisfação). Estratégias usadas diante do sofrimento foram reveladas: somatizações (S9, S11 e S12); esperança de mudança e oração (S10); satisfação por obedecer ao chefe, e silêncio diante das críticas

dos colegas (S11); não discussão com agressores (S12); identificação com o paciente (S11 e S12).

Os sujeitos, em totalidade, têm configurações psíquicas e físicas de sofrimento no contexto do trabalho emergencial, sendo este de teor mais mórbido que criativo, como indicam Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), com a utilização de estratégias de enfrentamento de defesas individuais (negação e identificação) e coletivas (ilusão grupal). O trabalho do grupo é mais relacionado com subordinação e sofrimento do que com construção, satisfação e realização, conforme Seligmann Silva (1994). Tenta-se, contudo, obter certo equilíbrio psíquico, mesmo vivendo em ambiente de adversidade, desestruturação e aniquilamento, o que significa tipo mórbido de organização de trabalho. As defesas são protetoras do sofrimento vivenciado pela equipe, mas também alienação dos problemas relativos à organização do trabalho. O sofrimento dos trabalhadores tem nexos com subjetividades e corpos, quando se percebem, muitas vezes, como impotentes diante das urgentes e plurais questões institucionais que requerem soluções. O grupo experimenta o sofrimento ou mal-estar pelo desequilíbrio ou conflito entre o desejo de realizar trabalho satisfatório, e a frustração com os entraves limitantes do contexto institucional, como explicam Jacques e Codo (2003).

Depoimentos representativos da questão:

“Sou feliz com a medicina, mas não com a profissão” (S3);

“Quero fazer o que eu não posso fazer. Atendo, mas não cuido!” (S 12);

“Há muita agressividade por parte dos clientes e às vezes descompensação”(S12).

Os exemplos acima ilustram a forma predominante de sofrimento dos sujeitos, ou seja, o conflito e a angústia pelo desejo de atender as precisões dos usuários, e a frustração por, muitas vezes, não conseguir realizá-los.

As situações mostram a insatisfação dos sujeitos diante da questão salarial:

“Há trinta e seis horas estou trabalhando para conseguir uma sobrevivência digna”(S1);

“Vejo colega pedindo resto de comida que sobrou da noite” (S9);

O sujeito, nesta fala, usou a identificação como defesa contra seu sofrimento psíquico:

“Envolvo-me quando morre uma paciente puérpera. Identifico-me com pacientes adolescentes por conta dos filhos” (S7).

Há outros enfrentamentos das dificuldades características do trabalho, indicados pelos profissionais:

“Só agora consegui tempo para fazer uma atividade física regular”(S3);

“Procuro relaxar nos fins de semana : viagens, natureza, família, livros”(S4);

“Tenho pouco lazer: ”cinema, casa de amigos”(S5);

“Não trabalho à noite, não substituo muitos plantões, me recupero. Moro perto do hospital e fico perto dos filhos. Sinto dor no ombro. Não me apego aos pacientes, que têm passagem muito rápida. Não quero trabalhar com pediatria. Gosto da família, ginástica, lazer (passeios) e igreja. Quando saio não levo sofrimento para casa, nem quando vou dormir”(S7).

“Procuro caminhar, fazer ginástica, mas com a depressão não tive coragem de voltar”(S8).

A configuração do sofrimento psíquico dos profissionais emergencistas centraliza-se no conflito entre o desejo de onipotência, no que tange ao poder de resolubilidade, diante das dificuldades do trabalho, e a frustração pela vulnerabilidade humana e dos entraves estruturais do contexto institucional. Ferreira (1986, p. 1225), define onipotência como “poder absoluto e infinito”. A palavra vulnerável, é vista por Ferreira (1986, p. 1792) como “o lado fraco da pessoa que pode ser atacada ou ferida”. Os contatos com pacientes e colegas são usados para realização, de forma alucinatória, do desejo de serem poderosos como entidades divinas que decidem sobre a vida e a morte, Utilizam-se mecanismos de defesa, diante da tipologia de sofrimento, em termos individuais (negação – não se vêem como mortais, mas como entidades divinas ou

heróicas, que lutam contra adversidades e mostram feitos louváveis; e identificação – consideram-se os pacientes e colegas como figuras familiares) e coletivas (ilusão grupal – o grupo integrado, sem diferenças entre os membros, apesar de conflitos interpessoais, buscando nele ser aceito e fortalecimento do sentimento de pertença).

Os sujeitos cumprem uma missão. Ferreira (1986, p. 94) assim conceitua o vocábulo altruísmo: 1. “amor ao próximo, filantropia; 2. desprendimento, abnegação, renúncia, abstenção, sacrifício, mortificação (diminuição ou extinção de vitalidade; tortura com penitências – virtude cristã que leva ao arrependimento e expiação ou purificação dos próprios pecados, almejando obter o perdão divino; desgostar, fazer sofrer, atormentar, afligir, castigar, destruir, suprimir, extenuar, matar), devotamento; 3. doutrina que considera como fim da conduta humana o interesse do próximo, vivendo para o outro e amando-o mais que a si mesmo”. Missão é definido por Ferreira (1986, p.1141) como “obrigação, imposição, compromisso, dever”. Parece que só no contexto do trabalho na área da saúde, ou mais especificamente da emergência, é possível realizar o desejo de ser onipotente, dos sujeitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, utilizaram-se idéias dejoursianas para compreensão do sofrimento psíquico de profissionais da emergência hospitalar pública, e as formas de enfrentá-lo. A configuração central desse sofrimento, por parte dos trabalhadores, é concernente à angústia entre o sentimento de onipotência no que tange à realização satisfatória do trabalho, e à frustração pela vulnerabilidade inerente, já que as condições e a organização do trabalho não possibilitaram sua exitosa efetivação. Busca-se realizar, de forma alucinatória, o desejo de onipotência e altruísmo e utilizaram-se mecanismos defensivos individuais (negação e identificação) e coletivos (ilusão grupal). Outras formas de enfrentamento, além das defesas, incluem distúrbios físicos (dor, pressão alta, mal-estar, exaustão, hérnia de disco) e emocionais (tensão, depressão), e o suporte da família, do lazer e da religião. Somente na emergência, é possível realizar o desejo de ser onipotente dos sujeitos. O sofrimento tem caráter mais mórbido que criativo, segundo as idéias de Dejours et al. (1994), é que os vínculos, de forma geral, parecem ser bastante frágeis. Atividades mecanizadas, angústias, mal-estar, conflitos e doenças físicas e psíquicas fazem parte de estratégias de enfrentamento. O objetivo geral do estudo do sofrimento psíquico dos sujeitos é alcançado.

As condições do trabalho foram caracterizam-se pela precariedade dos recursos materiais e humanos, e pelos riscos psicofísicos. A organização do trabalho configura-se por desafios e defesas, subordinação e conflitos. Os objetivos específicos, referentes às condições e organizações do trabalho dos profissionais, e das repercussões psicofísicas à luz das idéias de Dejours (1994) são atingidos.

Pressupostos confirmados: tipologia de sofrimento específica dos sujeitos, instigada pelas condições e organizações do trabalho da emergência, caracterizada por repercussões psicofísicas que levam os indivíduos à utilização de estratégias de enfrentamento, entre as quais incluíram defesas.

O trabalho pode estruturar ou desestruturar o psiquismo do ser humano, instigando organização ou desorganização, saúde ou hígidez, prazer ou sofrimento. A psicodinâmica do trabalho busca intermediar a mudança do sofrimento para a criação e o prazer, situação que depende da consideração do ser humano como sujeito desejante

no contexto dos processos interativos de trabalho, ao invés de configurá-lo pela produtividade. Entre as dificuldades reais e os sonhos possíveis deve-se dar vez e voz. (Dejours prioriza a entrevista em seus estudos), aos trabalhadores, para que reflitam sobre a situação de trabalho e a repensem. Os modelos de gestão organizacional devem ser caracterizados como espaços de parceria, reciprocidade e participação, nos quais a subjetividade e a ética devem ser priorizadas, além da contribuição dos trabalhadores, no que tange a melhorias da instituição e da sociedade.

As formas de gestão têm reflexos na higidez dos trabalhadores, especialmente quando relacionadas ao capitalismo atual, podendo neles instigar sofrimento psíquico. Dejours et al. (1994) ressaltam que a organização do trabalho, o psiquismo e a história do indivíduo determinam as possibilidades de sofrimento. A intervenção profissional deve ocorrer quando os trabalhadores reconhecem o sofrimento, e podem realizar um trabalho grupal sobre esta vivência dolorosa, inquirindo o que, no sofrimento, se origina de grupo. Estes, assim, podem se ver como sujeitos, e não como objetos de suas próprias histórias. As falas das pessoas ajudam a entender o sofrimento psíquico no trabalho. DEJOURS ET AL. (1994), com base no referencial psicanalítico, muito contribuem para a área da saúde mental e do trabalho.

As descobertas deste estudo apontam para a necessidade de se considerar a subjetividade e os desejos dos trabalhadores emergencistas, o que contribui para maior satisfação dos membros e melhor eficácia setorial (da emergência) e organizacional (do hospital). Os conteúdos são socializados com a comunidade, com o intuito de beneficiá-la.

Espera-se que o tema focalizado possa contribuir para a concretização de estudos ulteriores que priorizem, cada vez mais, a subjetividade dos profissionais emergencistas. Almeja-se também fornecer, de forma diagnóstica, elementos para implementação de políticas públicas de promoção e prevenção dos agravos à saúde dos sujeitos, que devem sempre ter vez e voz. Grupos educativos, de reflexão, operativos e terapêutico, poderão ser organizados após a efetivação deste estudo, e propiciar suporte psicológico aos trabalhadores da emergência, e auxiliar os gestores na resolução de questões políticas e estruturais da instituição hospitalar.

Os profissionais da emergência, entre intempéries e venturas, são cúmplices de idéias que os inquietam, e de sonhos que buscam realizar. Quando conseguirão realizar trabalhos mais criativos e prazerosos? Quando poderão, finalmente, ser mais felizes?!...

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1998. 211 p.

_____ **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1995.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002.

AMATUZZI, M.M. **A investigação do humano: um debate – Estudos de Psicologia**, 3 (suppl. 11): 73-7, 1994.

ANZIEU, D. **El grupo y el inconsciente: lo imaginário grupal**. Trad. do original francês por Sofia Vidaurrazaga. 2.Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1986.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Ed. Pioneira thomson Learning, 2006. 209 p.

BARBIER, R. **A pesquisa -ação nas instituições educativas**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1985.

BOTEGA, N.J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. 478 p.

CODO, W. & SAMPAIO, J.J.C. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1995. 350p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Trad. do original francês por Ana Isabel Paraguay e Lúcia leal Ferreira. 5.ed. São Paulo: Ed. Cortez - Oboré, 1992. 163 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAIET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejoursiana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Trad. do original francês por Maria Irene Stocco Betiol. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

FREUD, S. (1930). **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira. Trad. do original alemão por Jaime Salomão. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1989, v. XXI.

FERREIRA, A.B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1995. 207 p.

GUIMARÃES, L. A.M; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2003. 225 p. V. 1.

GOMES, C.A.S. (Org..). **Sanatório de Messejana, 50 anos : uma história a ser contada**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 1983. 474 p.JACQUES, M.G.; CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho : leituras**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 420 p.

GOMES, A.M.G. **Liderança e sofrimento psíquico nas organizações: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho de lideranças empresariais**. Fortaleza, 2004. (Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará).

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Tradução do original espanhol por Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Ed. Pioneira thomson Learning, 2005. 205 p.

GOULART, I.B.; SAMPAIO, J. dos R. **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 1998.

HESNARD, A. **A psicanálise: teoria sexual de Freud**. São Paulo: Ed. Unitas, 1952.

JACQUES, M. da G. & CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 420p.

KRUGER, R. **El grupo de discusión: guia practico para la investigación aplicada**. Madrid: Ed. Pirámide, 1991.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da Psicanálise**. Trad. do original francês por Pedro Tamen. 10. ed. São Paulo: Ed. Livraria Martins Fontes, 1988. 707 p.

LAKATOS, E. M. & MARCCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Ed. Atlas, 1985. 239 p.

LAGACHE, D. **La unidad de la Psicología**. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1985.

- LADRIÈRE, J. **A articulação do sentido**. São Paulo: Ed. EPU/EDUSP, 1977.
- MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995. 356 p.
- MAGALHÃES, S. Concurso da saúde: mais 891 profissionais para o HM. **Revista Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes**, 1 (1): 17, s.d.
- MENDES, A.M. **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours**. Brasília: Ed. Psicologia, Ciência e Profissão, 15 (1,2,3): 34-38,1996.
- MELLO FILHO, J. de. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1992. 385p.
- NÓBREGA, R.M.C. **Programa de atendimento domiciliar: significados atribuídos por trabalhadores**. Fortaleza, 2006. (Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Ceará).
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2.ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1991. 198p.
- ROMANO, B. W. (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1994. 172 p.
- RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C. **De que adoecem e morrem os trabalhadores**. São Paulo: DIESAT/Imprensa Oficial do Estado, 1984.
- STRATTON, P. & HAYES, N. **Dicionário de psicologia**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- SOUZA, A.L. Saúde mental e trabalho: dois enfoques. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, 75. vol. 20 – 65-71, 1992.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 3. ed. 166 p. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1988.

SELIGMANN SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. 1.ed. Rio de Janeiro:

Ed. Cortês, 1994. 322p.

TURATO, E. R. **Psicologia da saúde: estudos clínicos-qualitativos**. Taubaté: Cabral Editora e Livrara Universitária, 2003.

TAYLOR, J.S. & BOGDAN, R. **Introduction to qualitative research methods: the search of meanings**. 2.ed. New York: Ed. Addison – Wesley Interscience Publication, 1984.

TRINCA, W. **O processo diagnóstico de tipo compreensivo**. In: _____, Org. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: Ed. EPU, 1984. 14-24p.

TEIXEIRA. J.E. **Gerentes, vampiros e ideologia**. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark, 1998.

ZANELLI, J.C.; BORGES-ANDRADE, J.E.; BASTOS, A.V.B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520p.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação na Pesquisa

Prezado(a) Profissional da Saúde,

Solicitamos sua colaboração para participar da pesquisa: *Sofrimento psíquico em profissionais da saúde que atuam em emergência hospitalar pública: configurações e estratégias de enfrentamento.*

A equipe de pesquisadores responsável pela investigação inclui: uma professora doutora coordenadora da pesquisa, três pesquisadores auxiliares e um bolsista, abaixo relacionados:

- **Hilda Coutinho de Oliveira:** Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas, área de Saúde Mental. Professora Adjunto da Universidade Federal do Ceará.
- **Edilma Casimiro Gomes Serafim:** Enfermeira do Hospital de Messejana com atuação no Programa de Educação em Asma. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- **Ieda Cabral Mota:** Assistente Social do Hospital de Messejana. Coordenadora Operacional do Programa de Assistência Domiciliar. Especialista em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas / Concentração na Área da Saúde.
- **Yvana Coutinho de Oliveira:** Terapeuta Ocupacional do Hospital de Messejana com atuação na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca – UTIC. Especialista em Educação em Saúde Pública. Mestra em Psicologia e Subjetividade. Professora adjunto da Universidade de Fortaleza.
- **João Jorge de Souza Neto:** Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza.

O objetivo geral deste estudo é: investigar a configuração do sofrimento psíquico em relação a 04 médicos, 04 enfermeiros e 04 auxiliares de enfermagem que atuam na emergência do Hospital de Messejana, localizado em Fortaleza, no estado do Ceará, no período de março a abril de 2007.

Os objetivos específicos incluem:

- Descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, compreendendo a relação existente entre estas práticas e uma tipologia de sofrimento psíquico;
- Compreender como as condições e organização do trabalho afetam a higidez do profissional da saúde em seu bem estar físico, psíquico e social;
- Averiguar as repercussões psico-físicas causadas pelo sofrimento psíquico, quanto à qualidade do desempenho ocupacional;
- Instaurar nexos entre as descobertas deste estudo e as idéias de Dejours, no que concerne às condições, à organização e à psicopatologia do trabalho;
- Saber sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes profissionais, para lidar com a demanda de trabalho.

Os dados coletados através de observação participante e entrevista semi-estruturada nos permitirão colher subsídios para melhor conhecimento sobre a psicodinâmica do trabalho e suas repercussões na saúde do trabalhador.

A identidade do sujeito pesquisado será preservada e asseguramos seguir as normas éticas de pesquisa com seres humanos, que garantem sigilo, privacidade e liberdade em retirar o consentimento sem penalização.

Caso, concorde em colaborar com o estudo, solicitamos a sua assinatura no espaço abaixo delimitado, estando ciente também que os resultados da investigação poderão ser divulgados pelos pesquisadores responsáveis em eventos científicos ou publicados em revistas/periódicos da área.

Antecipadamente, agradecemos a colaboração!

Eu,

Concordo em participar da pesquisa acima referida.

Fortaleza,

Parecer do comitê de Ética

Ilmo. Sr. Dr. Petrônio de Vasconcelos Leitão

Diretor do Hospital de Messejana

Eu, **Hilda Coutinho de Oliveira**, psicóloga clínica e professora doutora da Universidade Federal do Ceará, estou coordenando a pesquisa intitulada “*Sofrimento psíquico em profissionais da saúde que atuam na emergência hospitalar pública: configurações e estratégias de enfrentamento*”, já aprovada pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação Centro de Treinamento e Desenvolvimento – CETREDE/UFC/UECE, em conjunto com o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Envio, portanto, o referido projeto de pesquisa para apreciação e parecer quanto a sua realização inclusive pelo Comitê de Ética desta instituição.

A equipe de pesquisadores inclui três pesquisadores auxiliares e um bolsista, abaixo relacionados:

- **Edilma Casimiro Gomes Serafim:** Enfermeira do Hospital de Messejana com atuação no Programa de Educação em Asma. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

- **Ieda Cabral Mota:** Assistente Social do Hospital de Messejana. Coordenadora Operacional do Programa de Assistência Domiciliar. Especialista em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas / Concentração na Área da Saúde.

- **Yvana Coutinho de Oliveira:** Terapeuta Ocupacional do Hospital de Messejana com atuação na Unidade de Transplante e Insuficiência Cardíaca – UTIC. Especialista em Educação em Saúde Pública. Mestra em Psicologia e Subjetividade. Professora adjunto da Universidade de Fortaleza.

- **João Jorge de Souza Neto:** Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza.

O objetivo geral deste estudo é: investigar a configuração do sofrimento psíquico em relação a 04 médicos, 04 enfermeiros e 04 auxiliares de enfermagem que

atuam na emergência do Hospital de Messejana, localizado em Fortaleza, no estado do Ceará, no período de setembro a outubro de 2006.

Os objetivos específicos incluem:

- Descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, compreendendo a relação existente entre estas práticas e uma tipologia de sofrimento psíquico;
- Compreender como as condições e organização do trabalho afetam a higidez do profissional da saúde em seu bem estar físico, psíquico e social;
- Averiguar as repercussões psico-físicas causadas pelo sofrimento psíquico, quanto à qualidade do desempenho ocupacional;
- Instaurar nexos entre as descobertas deste estudo e as idéias de Dejours, no que concerne às condições, à organização e à psicopatologia do trabalho;
- Saber sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes profissionais, para lidar com a demanda de trabalho.

A identidade dos sujeitos pesquisados será preservada, e nos comprometemos a cumprir as normas éticas de pesquisa com seres humanos, que a eles garantem sigilo, privacidade e liberdade, possibilitando-lhes retirar também seus consentimentos sem penalização.

Acredito que este estudo contribuirá para a saúde mental dos referidos profissionais que terão vez e voz para revelar as vicissitudes do seu trabalho e, ulteriormente, repensá-lo e recriá-lo com o intuito de torná-lo cada vez mais útil e gratificante não somente para os próprios trabalhadores, como também para todos aqueles que demandam serviços de saúde, o que repercutirá na dinâmica institucional.

Agradeço a atenção, esperando ser atendida com a maior brevidade de tempo possível.

Cordialmente

Profa. Dra. Hilda Coutinho de Oliveira

Roteiro de Entrevista

1. Dados de identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Estado civil/número de filhos:
- Profissão:
- Nível de escolaridade/titulação:
- Renda:
- Tempo de serviço na instituição/tempo de serviço na função:
- Religião:
- Nacionalidade:
- Outras experiências de trabalho:

2. Informações sobre o sofrimento psíquico no trabalho:

- O que significa, para você, trabalhar na emergência do Hospital de Messejana?
- Fale sobre suas condições de trabalho na emergência (ambientes físico, químico, biológico, e situações de higiene e segurança).
- Opine sobre a organização de seu trabalho na referida emergência (conteúdo da tarefa ou atividades que desenvolve, nível de autonomia, relações de poder e interpessoais).
- Acredita que as condições e a organização de seu trabalho na citada emergência repercutem em sua saúde mental e física ? Por que? Se acredita, em que consistem tais repercussões?
- Experimenta algum sofrimento neste tipo de trabalho? Se experimenta, como se configura e quais as estratégias que utiliza para enfrentá-lo?