

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

**RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO
ESTUDO COM MÉDICOS E ENFERMEIROS EMERGENCIALISTAS EM UM
HOSPITAL REGIONAL MATO-GROSSENSE**

Nereida Maria Guabiroba Coelho Barros

Belo Horizonte
2012

Nereida Maria Guabiroba Coelho Barros

**RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO
ESTUDO COM MÉDICOS E ENFERMEIROS EMERGENCIALISTAS EM UM
HOSPITAL REGIONAL MATO-GROSSENSE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

Área de concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte
2012

Barros, Nereida Maria Guabiroba Coelho

B277r Riscos de adoecimento: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital matogrossense / Nereida Maria Guabiroba Barros – Belo Horizonte: FNH, 2012.
164 f; il.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório
Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes,
Programa de Pós-graduação em Administração

1. Prazer. 2. Sofrimento. 3. Emergência. 4. Médico. 5. Enfermeiro. 6. Trabalho. I. Honório, Luiz Carlos. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDD 658.38



Faculdade Novos Horizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO: **NEREIDA MARIA GUABIROBA COELHO BARROS**

Matrícula: 770384

LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

TÍTULO: **Riscos de adoecimento no trabalho:** estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital regional mato-grossense

DATA:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Luiz Carlos Honório
ORIENTADOR (Faculdade Novos Horizontes)

Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia
(Faculdade Novos Horizontes)

Prof.^a Dr.^a Simone Costa Nunes
(Pontifícia Universidade Católica - MG)

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado, área de concentração "Organização e Estratégia", de autoria de Nereida Maria Guabiroba Coelho Barros, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Carlos Honório, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital mato-grossense, contendo 154 páginas.

Dados da revisão:

- Correção gramatical
- Adequação do vocabulário
- Inteligibilidade do texto

Início: 22/7/2012 / Término: 31/7/2012

Belo Horizonte, 31 de julho de 2012.


Afonso Celso Gomes
Revisor

Registro LP9602853/DEMEC/MG
Universidade Federal de Minas Gerais

Aos meus pais, Sebastião e Maria do Carmo; ao meu marido, Ricardo; aos meus filhos André e Flávio, meu afilhado Felipe, pelo amor que nos une.

À minha sogra, Leonísia, por sua bondade e por ter sempre me valorizado.
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, pelas bênçãos.

Nesta jornada de esforços e alegrias, convivi com pessoas que tornaram este percurso mais agradável. Obrigada a todas pela presença e pelo carinho.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, que esteve comigo desde o início. Obrigada por ser, verdadeiramente, um grande “mestre”.

Às pessoas que marcaram a minha vida na Faculdade Novos Horizontes: Prof. Dr. Fernando Coutinho, Prof.^a Dr.^a Kely Paiva, Prof.^a Dr.^a Talita Ribeiro, Prof.^a Dr.^a Adriane Vieira, Prof.^a Dr.^a Marlene Catarina, Prof. Walter, Mírian, secretárias do mestrado, Vânia e Beatriz, as “meninas” da biblioteca.

À Prof.^a Dr.^a Simone Nunes, pela gentileza em aceitar participar da minha banca.

Aos meus colegas de turma, principalmente meu grupo de trabalho: Alson, Valéria, Cristina e Sandra. Nos tornamos amigos!

À Jaqueline, Tianinha, Daniela, Glória, Érika, Constance, Sabrina, Bruno e Thiago, pela alegria da convivência.

Às minhas amigas e colegas de Rondonópolis: Terezinha, minha comadre Nívia, Cristina, Rose e Nancy.

Ao Hospital Regional, aos colegas de trabalho aos pacientes e á equipe de Qualificação da SES, em Cuiabá.

Aos médicos e enfermeiros, participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e pelas revelações tão ricas de sua vida profissional.

À Lurdes e à Célia, pelos cuidados valiosos no momento oportuno.

Aos meus irmãos, Paulo Rogério, Flávio e Sávio (com suas famílias), por serem grandes amigos, sempre.

À Vanessa, por me inspirar com seus textos e sua carreira.

À Virgínia e à Lara, que enriquecem a nossa família com sua presença.

Deus abençoe vocês.

*Um dia, quando olhares para traz, verás que os dias mais belos
foram aqueles em que lutaste.*

Sigmund Freud

RESUMO

Baseado nas premissas teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, esta pesquisa tem por objetivo analisar os riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros que atendem emergência em um hospital público mato-grossense. Para tanto, utilizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, utilizando um estudo de caso. Participaram da pesquisa cinco médicos e seis enfermeiros. Os participantes da pesquisa responderam a uma entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado com base no Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) desenvolvido por Ferreira e Mendes (2003). Os dados obtidos foram submetidos à Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), técnica adaptada a partir da Análise de Conteúdo categorial, desenvolvida por Bardin (1977). Os núcleos de sentido gerados pelas falas dos entrevistados foram submetidos às categorias de análise correspondentes aos objetivos da pesquisa, definidos previamente, de acordo com as quatro dimensões do ITRA (Contexto de Trabalho, Custos Humanos do Trabalho, Sentidos do Trabalho e Danos do Trabalho) e as estratégias de enfrentamento ao sofrimento no trabalho. Os resultados apontam para os riscos de adoecimento no trabalho, decorrentes da precarização das condições laborais, da sobrecarga de trabalho, do ritmo exaustivo, consequência do aumento da demanda, da superlotação das unidades de emergência, da crescente violência urbana, da má estruturação do sistema de saúde, do número insuficiente de profissionais e dos baixos salários. As relações socioprofissionais encontram-se enfraquecidas por disputas, e pela falta de integração que dificultam o enfrentamento do sofrimento característico deste serviço, marcado pela doença, pela dor e pela morte. A urgência e a imprevisibilidade dos casos deixam os profissionais em estado de tensão permanente. Já, as vivências de prazer, são experimentadas pela oportunidade de salvar vidas e contribuir para a melhoria da saúde da população. As estratégias para amenizar ou transformar o sofrimento em prazer são adotadas individualmente pelos profissionais, mostrando-se insuficientes para promover mudanças na organização do trabalho, favorecendo a adaptação dos profissionais a situações patogênicas. Assim, permanece a pressão e a rigidez organizacional.

Palavras-chave: Riscos, Adoecimento, Emergência, Trabalho, Médico, Enfermeiro.

ABSTRACT

Based on the theoretical premises of the psychodynamics of work, this research aims to analyze the risks of illness in the work of doctors and nurses serving in a public emergency hospital in Mato Grosso. For this purpose, we used a descriptive qualitative approach, using a case study. The participants were five doctors and six nurses. They were interviewed with a semistructured script, which is based in the Inventory of Work and Risk of Illness (ITRA) developed by Ferreira and Mendes (2003). The data were subjected to analysis os Centers of Sense (ANS), a technique adapted from the categorical content analysis developed by Bardin (1977). The units of meaning generated by the interviewees' statements were related to the categories of analysis corresponding to the research objectives, as defined previously, according to the four dimensions of ITRA (Context of Work, Labor Costs Humans, Meanings of Work and Labour Damage) and coping strategies to pain at work. The results point to the risk of illness at work, resulting from the deterioration of working conditions, work overload, the exhausting pace, a result of increased demand, the overcrowding of emergency rooms, increasing urban violence, poor structuring of the system health, the insufficient number of professionals and low wages. The socio-professional relationships are weakened by disputes, and lack of integration that make it difficult to face suffering characteristic of this service, marked by disease, pain and death. The urgency and unpredictability of the cases leave the professionals in a state of permanent tension. Already, the experiences of pleasure are experienced by the opportunity to save lives and contribute to improving the health of the population. The strategies to alleviate or transform suffering into pleasure are adopted by individual professionals, being sufficient to promote changes in work organization, promoting the adaptation of pathogenic professional situations. Thus, there remains the pressure and organizational rigidity.

Keywords: Risk, Illness, Emergency Work, Doctor, Nurse.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Perfil dos profissionais.....	74
QUADRO 2 – Categorias de Análises	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Análise dos Núcleos de Sentido.....	78
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.....	23
EACT – Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho.....	76
EADRT – Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho.....	76
ECHT – Escala de Custo Humano no Trabalho.....	76
EIPST – Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.....	76
HRR – Hospital Regional Irmã Elza Giovanella de Rondonópolis.....	73
ITRA – Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento.....	80
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	79
SUS – Sistema Único de Saúde.....	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos da pesquisa	21
1.1.1 Objetivo geral	21
1.1.2 Objetivos específicos	22
1.2 A Justificativa	22
2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO	26
2.1 O contexto hospitalar	26
2.2 Emergência hospitalar	29
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	35
3.1 A relação entre o homem e o trabalho	35
3.2 Psicodinâmica do trabalho	42
3.3 O Prazer e Sofrimento nas organizações	45
3.3.1 O prazer no trabalho	47
3.3.2 O sofrimento no trabalho	49
3.4 Vivências do prazer e sofrimento do trabalho do médico	53
3.5 Vivências do prazer e sofrimento do trabalho do enfermeiro	56
3.6 Estratégia para lidar com o sofrimento no trabalho	60
4 METODOLOGIA	69
4.1 Tipo e método de pesquisa	69
4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa	70
4.3 Técnica de coleta de dados	72
4.4 Técnica de análise dos dados	74
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	76
5.1 Caracterização da unidade de análise	76
5.2 Análise dos núcleos de sentido (ANS)	77
5.2.1 Contexto de Trabalho	78
5.2.1.1 Organização do trabalho	78
5.2.1.2 Condições do trabalho	85
5.2.1.3 Relações socioprofissionais	91
5.2.2 Custos do Trabalho	97

5.2.2.1 Custos Físicos	97
5.2.2.2 Custos cognitivos	99
5.2.2.3 Custos afetivos	101
5.2.3 Sentido do trabalho	105
5.2.3.1 Vivências de prazer no trabalho	105
5.2.3.2 Vivências de sofrimento no trabalho	114
5.2.4 Danos no trabalho	123
5.2.5 Estratégias de enfrentamento ao sofrimento	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICES	156
ANEXOS	157

1 INTRODUÇÃO

O trabalho sempre acompanhou o homem em sua evolução histórica. Para garantir sua sobrevivência, ele precisa trabalhar. Mas essa relação vem se modificando, passando a assumir diferentes formas e significados. O trabalho faz parte da vida humana, independentemente do tipo de sociedade em que é realizado. Considerado elemento criador de sentidos e de valores para o trabalhador, é condição da existência humana, fruto de sua interação com a natureza (MARX, 1993). Pode-se, ainda, considerá-lo como elemento constituinte da essência humana (HELLER, 2000), do saber aprender de cada um, da força de coesão e integração social. Além de proporcionar ao indivíduo seu sustento material, o trabalho também assume uma função psíquica na estrutura da constituição do sujeito e de sua rede de significados. A relação do homem com o trabalho se torna elemento constituinte da estruturação de seus processos de identidade e subjetividade (CLOT, 2006; SCHWARTZ, 2007).

Visto como elemento estruturante da sociedade, o trabalho também se transforma à medida que ocorrem as transformações sociais. Nas últimas décadas, com o exacerbado avanço tecnológico, as imposições do capitalismo e as crises econômico-financeiras, alteraram-se significativamente o panorama econômico mundial e o mercado de trabalho. Os postos de trabalho têm reduzido, numa sociedade cada vez mais marcada por competição e por exigências progressivamente maiores por produtividade e lucros a qualquer custo. São significativas e sistemáticas a redução dos postos de trabalho (desemprego estrutural) e a ampliação da desqualificação e precarização (terceirização, *part-time*, informalidade), o que gera um grande contingente de desempregados, subempregados, trabalhadores temporários e, até mesmo, de “inempregáveis.” As organizações adotaram novos e diferentes posicionamentos, marcados pela flexibilidade e pela exclusão da cobertura trabalhista (HONÓRIO, 1998).

As modificações na organização do trabalho oriundas deste cenário mudaram também a relação homem/trabalho. A atividade laboral tem-se tornado, muitas vezes, mercadoria, como as demais, reduzindo-se a mera troca de força de trabalho por remuneração. Todo este contexto tem interferido na saúde do trabalhador

(BARROS, 2009; BARROS; CARRETEIRO, 2011).

Barros e Carretero (2011) ressaltam que a extensão globalizada dos mercados e a forte concorrência entre eles exigem dos trabalhadores, cada vez mais, um investimento intenso e diversificado em qualificação ao relembrar Laranjeira (1999)¹. Os profissionais, pela exigência dos mercados, precisam desenvolver continuamente capacidade de se adaptarem a novas situações, adquirir novas e precisas competências, ao mesmo tempo em que sejam também maleáveis. Verifica-se regularmente a criação de novas formações técnicas e universitárias, e a o mercado passa a demandá-las, o que impulsiona a cultura empresarial de renovação e elaboração de novos meios de controle dos processos de trabalho, exigindo crescentes conhecimentos apoiados na tecnologia de ponta. Dessa forma, este quadro descarta facilmente empregos e/ou demanda outros profissionais preparados para a inovação, que é um dos pilares da competitividade.

Apesar de o trabalho conservar seu caráter construtor na vida do homem, se realizado em condições precárias pode se tornar também elemento gerador de doenças. Tendo o trabalho como fonte de prazer e sofrimento, segundo Dejours (1992), o trabalhador reage de forma individual às condições em que ele é realizado. Uns adoecem; outros não. Uns sofrem mais; outros, menos. Tudo ocorre com base em seus construtos subjetivos. O trabalhador orienta sua vida para o trabalho, suas necessidades e desejos, aspectos que lhe conferem características únicas. Estas questões têm sido estudadas a partir da abordagem psicodinâmica, desenvolvida por Dejours, na França, desde os anos de 1980, tendo chegado ao Brasil na década de 1990.

A princípio, Dejours associou o adoecimento psíquico à prática laboral, com apoio na psicopatologia. Posteriormente, seus estudos em Psicodinâmica do Trabalho passaram a fundamentar-se no caráter subjetivo que as relações de trabalho produzem nos trabalhadores. Segundo Dejours (1992), cada indivíduo desenvolve estratégias próprias para lidar com o sofrimento produzido pelo trabalho. Ele

¹ LARANJEIRA, S. Realidade do trabalho ao final do século XX. **Revista do programa de pós-graduação em política social do departamento de serviço social da UnB**, Brasília, n. 5, p. 23-44, 1999.

desenvolve mecanismos para minimizar o sofrimento. Dessa forma, a doença se manifesta em alguns, deixando outros a salvo, segundo o significado que o sofrimento assume na vida de cada um. Tal significado relaciona-se à história individual, em contrapartida com as relações de trabalho. Assim, o trabalho torna-se perigoso quando faz aumentar os esforços para promover a adaptação. O trabalhador vê-se obrigado a reagir à rigidez ocupacional que lhe é imposta. Assim adota estratégias defensivas, que podem ultrapassar limites suportáveis e levar ao adoecimento, por meio do esforço excessivo à adaptação. Se não houver a possibilidade de o trabalhador exercer sua atividade laboral com liberdade e respeito à expressão do seu saber fazer, a pressão sofrida poderá se transformar em sofrimento, e os riscos de adoecimento se concretizam.

O ato de submeter-se à pressão compromete a criatividade, a inovação e a autonomia do sujeito trabalhador, não lhe permitindo mobilizar a inteligência e roubando-lhe o prazer e o significado do trabalho, segundo Dejours (1992). No Brasil, a Psicodinâmica do Trabalho também tem sido utilizada para esclarecer a relação entre subjetividade e novas formas de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003). De acordo com estes autores, as experiências de prazer e sofrimento constituem-se em mecanismos utilizados pelos trabalhadores para manter sua saúde, evitando sofrimento e buscando alternativas para obter o prazer. Quando a realidade se apresenta rígida, não oferecendo gratificação aos desejos do trabalhador, advém o sofrimento. Já a gratificação oriunda da satisfação dos desejos e necessidades gera experiências de prazer individuais ou grupais.

Segundo Clot (2011), o trabalho como atividade material e simbólica constitutiva do vínculo social é também constitutivo da vida subjetiva. O processo de subjetivação do trabalhador e a relação que este mantém com o trabalho estão associados ao contexto ocupacional e aos efeitos decorrentes da vida do indivíduo neste ambiente, segundo Ferreira e Mendes (2007). Para esses autores, as condições do trabalho, as relações socioprofissionais, as vivências de prazer e sofrimento, as exigências do contexto de trabalho e os danos físicos, cognitivos e psicológicos causados pela realização de tarefas são elementos que podem conduzir o indivíduo a riscos de adoecimento ocupacional.

As demandas provenientes das mudanças sociais tecnológicas e das novas formas de organização do trabalho estão presentes em todas as realidades de trabalho. Na área da Saúde, não poderia ser diferente, pois às mudanças na relação de seus profissionais com pacientes somam-se aquelas relacionadas ao avanço de tecnologias de diagnóstico e tratamentos, à cultura de prevenção, ao aumento da expectativa de vida, ao grande crescimento demográfico e à oferta cada vez maior de profissionais no mercado (MARTINS, 2003).

O trabalho na área da Saúde, anteriormente considerado nobre, tornou-se árduo, de carga horária pesada, com plantões noturnos e diurnos em vários locais. Além disso, tem sofrido influências fortes do mercado capitalista. As unidades de saúde precisam ser bem administradas e dar lucro para sobreviver. Tais fatores, muitas vezes, tornam o atendimento rápido, superficial e desumano, aumentando a pressão sobre os profissionais (RODRIGUES, 2006). De acordo com Bendassolli e Soboll (2011, p. 18), no contexto das configurações atuais do trabalho no modo capitalista de produção, ainda que este não seja realizado por empresas de gestão capitalista, as pressões estão presentes em quaisquer formas de organização do trabalho e não se limitam a alguns tipos de públicos, uma vez que as pesquisas têm se estendido à uma grande diversidade de setores. Inclusive extrapolam a organização formal do trabalho. A esse respeito, Gaulejac (2011) ressalta a Nova Gestão Pública, em que muitos sociólogos analisaram este fenômeno, que se desenvolveu primeiramente nas empresas privadas e foram posteriormente transportadas para as instituições de gestão pública, inclusive hospitais, a pretexto de “modernização”. Neste contexto, a questão da saúde no trabalho torna-se inescapável.

Rodrigues (2006) ressalta que, cada vez mais, as instituições hospitalares, apesar de sua especificidade, têm se tornado semelhantes àquelas do setor industrial no sentido da administração financeira e da utilização da tecnologia para satisfazer às demandas do “cliente”, por meio da oferta de “produtos” de qualidade. Nos hospitais, as demandas do paciente são imediatas, traduzindo-se, muitas vezes, em questão de vida e morte. Neste sentido, a realidade é bem mais complexa se comparada às organizações industriais. Os pacientes buscam atendimento rápido e personalizado, desenvolvido por equipes multidisciplinares, que devem atuar de forma eficiente e integrada, considerando as necessidades e singularidades do paciente/usuário.

Nos hospitais, o ambiente de trabalho é tenso por natureza. Estão sempre presentes a dor, a alegria, a vida e a morte. Há, ainda, o constante conflito entre equipes multiprofissionais. Convive-se em tempo integral com a disputa por espaço, por poder e por domínio, numa corrida contra o tempo e a falta de condições adequadas de trabalho (PITTA, 2003).

Os profissionais da saúde, que são responsáveis pelo bem-estar biopsicossocial de outros indivíduos, estão os médicos e os constantemente expostos ao adoecimento psíquico (GONÇALVES, 2002; RODRIGUES, 2006; SENTONE, 2002). Dentre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar estão médicos e enfermeiros, que, sem negar a importância indispensável dos demais profissionais, ocupam posições sem as quais seria inviável o atendimento hospitalar.

Atualmente, o exercício da atividade médica é bem diferente da medicina praticada tempos atrás. O aumento da complexidade dos serviços prestados, os avanços tecnológicos e a caracterização da área da Saúde como negócio altamente competitivo mudaram a prática da medicina. Dutra (2008) salienta a perda de autonomia do médico no exercício da profissão em relação tanto ao ritmo de trabalho quanto aos honorários. Anteriormente, era ele quem determinava seu ritmo de trabalho; hoje, tem necessidade de submeter-se às imposições mercadológicas. A baixa remuneração é compensada pela busca de mais uma alternativa de emprego, em entidades públicas ou privadas. Além disso, a medicina atual se encontra inserida em um contexto de concorrência e de subvalorização. Apesar de contar com profissionais altamente qualificados, ela tem sofrido com a perda do *status* do médico e com a difícil negociação de honorários (ISMAEL, 2005).

Costa (2006) destaca a mudança na relação médico-paciente, trazida pelos avanços tecnológicos. O paciente, agora tratado como cliente, é bem mais exigente. Antes de ser atendido ele acessa a *internet*, trazendo um grande número de informações, com as quais questiona e discute com o médico, que, muitas vezes, sente-se pressionado, passando a adotar uma postura defensiva. Essas mudanças na relação médico-paciente, algumas vezes, assumem aspectos positivos; outras vezes, negativos. Se, de um lado, o acesso às informações pode aproximar,

desmistificando a soberania médica, de outro, pode enfraquecer a relação de respeito e confiança entre eles.

Quanto aos enfermeiros, eles são responsáveis pelo cuidado do paciente. No contexto hospitalar, são eles que passam a maior parte do tempo com o paciente. Na visão de Pires (1998) e Cecílio (1997), a equipe de enfermagem constitui elemento chave na concretização do trabalho hospitalar. Essencialmente marcada pela presença feminina, pela falta de autonomia, pela baixa autoestima e pelo estigma da enfermagem como prática pouco valorizada e desvinculada do profissionalismo, a enfermagem era vista como caridade, como prática religiosa. As enfermeiras eram consideradas “anjos-brancos” pedindo silêncio pelos corredores dos hospitais (CASTELLANOS, 1989; DAHER, 2000; WALDOW, 2001).

De acordo com Alves, Penna e Brito (2004), o enfermeiro enfrenta, além do cuidado, o desafio trazido pelas transformações técnicas, sociais e comportamentais, somadas às contradições com o histórico evolutivo da profissão. Ele carrega consigo uma história de doação, de entrega e de atendimento às necessidades do outro. Mesmo assim, é reconhecido como agente de mudança de e ruptura com antigos padrões e se vê na necessidade de construir uma nova identidade a partir de uma nova forma de trabalho, que demanda o gerenciamento do trabalho assistencial. As pessoas envolvidas neste processo precisam delegar tarefas, deslocar-se para unidades funcionais, gerenciar resultados, prazos e metas, e viabilizar planos de ação e faturamento, enfrentando o choque das emoções constantes geradas por novas tarefas, novas relações interpessoais e nova imagem profissional. Enfim, novas demandas, às quais o enfermeiro tem respondido bem. Ressalta-se que os serviços de saúde estão ainda hoje centrados em um modelo hospitalar que se ocupa da atividade terapêutica, ou seja, tratamento e recuperação da saúde dos pacientes.

Interessa a esta pesquisa investigar as relações de prazer e sofrimento de médicos e enfermeiros que atuam em uma unidade hospitalar do setor de emergência de um hospital público que atende pacientes do SUS provenientes de 14 cidades. Esta é a principal unidade hospitalar disponível para o atendimento à população dessas cidades, configurando, muitas vezes, uma demanda de atendimento maior que os

recursos disponíveis em relação tanto aos profissionais quanto aos recursos materiais, o que provoca forte pressão por parte dos usuários, seus familiares e a população em geral.

Em consonância com o parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) 55.820/98, define-se por “emergência” a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Considera-se que no atendimento emergencial o cuidado e a atenção aos usuários do serviço devem ser disponibilizados em tempo hábil e necessário para o restabelecimento da vida de uma pessoa. Portanto, neste tipo de atividade exigem-se do profissional de saúde: domínio de técnicas aprimoradas, autonomia, dinamismo, agilidade e capacidade de solucionar problemas pertinentes a pacientes em estado grave. Somam-se a essas peculiaridades as idiosincrasias da saúde pública hospitalar brasileira, por exemplo, superlotação dos serviços, ritmo acelerado de produção e baixa remuneração dos profissionais (GODOY, 2009).

Diante de um contexto cujas exigências são cada vez maiores por múltiplas habilidades de profissionais médicos e enfermeiros, a pressão por parte de pacientes e instituições se intensifica, e a saúde destes profissionais se torna exposta ao risco. Neste cenário, define-se como problema de pesquisa: **“como se configuram as vivências em relação aos riscos de adoecimento de médicos e enfermeiros em uma unidade hospitalar do setor de emergência?”**.

1.1 Objetivos da pesquisa

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a percepção de riscos de adoecimento no trabalho experimentadas por profissionais médicos e enfermeiros que atendem emergência no Hospital Regional Irmã Elza Giovanella (HRR), localizado em Rondonópolis, no estado do Mato Grosso. Tendo em vista o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento, de Ferreira e Mendes (2007).

1.1.2 Objetivos específicos

- a) descrever e analisar o contexto de trabalho em que atuam médicos e enfermeiros ao atenderem emergência no hospital pesquisado;
- b) descrever e analisar os danos físicos, sociais e/ou psicológicos causados aos médicos e enfermeiros;
- c) descrever e analisar como as vivências de prazer e sofrimento afetam os médicos e enfermeiros emergencialistas do hospital pesquisado;
- d) descrever e analisar quais são os custos sofridos pelos profissionais, em seus aspectos afetivos, físicos e cognitivos; e
- e) descrever as estratégias de defesa utilizadas pelos pesquisados para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho.

1.2 Justificativa

É relevante estudar e compreender as situações de trabalho, visto que estas fazem parte ou fizeram parte, da vida da quase totalidade das pessoas. Dejours (2004) observa que o trabalho é e continuará sendo a centralidade da construção e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações interpessoais, da evolução da convivência e da cultura. Continua sendo mediador da emancipação das relações e, muito provavelmente, será no futuro o meio mais eficaz para reestabelecer a continuidade entre o ser humano e a cultura, apesar de, atualmente, o trabalho ter gerado novas formas de servidão e de patologias.

O trabalho como categoria social fundamental surge a partir do século XVIII, assumindo progressivamente um lugar de destaque na produção subjetiva. Durante muito tempo na história, as mudanças ocorriam lentamente, embora cada momento fosse marcado por características próprias. Se o processo de produção marcou a virada dos séculos XIX e XX, na contemporaneidade o foco é na qualidade. A Revolução Industrial criou formas de produção nas indústrias no século XX. A partir do século XX, a revolução da qualidade está presente em todas as organizações. O trabalho aperfeiçoou-se exigindo do profissional habilidades múltiplas. Atingir a qualidade custa caro ao trabalhador (MURGATROYD; MORGAN, 1993).

Para Barros e Carreteiro (2011), o trabalho constitui-se em um operador simbólico, ao participar na produção social de sentido, como sistema de representação social implícito, mas compartilhado, ancorado nas subjetividades das pessoas e transmitido de geração a geração. Ele passa a ser o princípio ordenador na organização concreta da vida dos indivíduos. Na afirmação de Barel (1985², citado por BARROS; CARRETEIRO, 2011), a primeira Revolução Industrial e o advento do individualismo começam a desenhar um cenário que permite ao trabalho tornar-se o “grande integrador” social. Possibilita que a sociedade permaneça unida, seja conferindo um sentido ao trabalho, seja criando sentido em outros lugares, como na família e em quaisquer outros grupos sociais (LAUTIER, 1999). Assim, por se tratar de uma realidade tão complexa, o mundo do trabalho é também um universo carregado de contradições, angústias e incertezas.

Considerando-se que em seu trabalho os profissionais médicos e enfermeiros lidam constantemente com a fragilidade humana, a dor, a morte, o horror, as demandas e as pressões por assertividade, a rapidez e o risco inerente ao trabalho em saúde, eles experimentam em seu cotidiano vivências de prazer e sofrimento, principalmente nos setores de emergência.

Os médicos e os enfermeiros, hoje, trabalham em ambientes hostis, transformados pelas imposições mercadológicas. Há uma exploração de sua força de trabalho, traduzida em baixos salários, longas jornadas, falta de reconhecimento, aumento da população e exigências de produção. Muitas vezes, estes profissionais necessitam assumir funções para as quais não foram qualificados (RODRIGUES, 2006). Por essa razão, é pertinente ouvir os trabalhadores estudados, pois como acredita Dejours (1992), eles são os mais indicados para falar sobre os processos e as condições a que são submetidos em situações de trabalho geradoras de desgastes, para identificar as correlações em seus processos subjetivos. Falar e ser ouvido, isso permite ao pesquisado tomar consciência, refletir e organizar a própria experiência (SOUZA; GRUSCI, 2005). O uso da linguagem permite uma melhor compreensão da organização em que atuam os profissionais, configurando “um universo de linguagem e palavras não ditas [...]” (CHANLAT, 1996, p. 21).

² BAREL, Y. O que está em jogo no trabalho social? **Intervenção Social**, Lisboa, n. 2/3, p. 9-24, 1985.

Pretende-se com esta pesquisa contribuir para os estudos acadêmicos da área da Saúde voltados para a necessidade básica da vida da população, que no Brasil sofre com as condições precárias oferecidas. O estudo realizado com os profissionais de saúde mostra as condições em que se encontram, principalmente, aqueles que trabalham na saúde pública, utilizada pela quase totalidade da população. O estudo torna-se relevante também pelo fato de a saúde ser necessidade primordial à vida tanto de quem realiza quanto de quem recebe os serviços. Acrescenta-se que em relação à metodologia, especificamente à coleta de dados, que a transformação do ITRA em um roteiro de entrevista será uma contribuição para os estudos realizados com este instrumento. Pretende-se, ainda, acrescentar subsídios aos estudos de Mendes em Psicodinâmica do Trabalho motivados pelo surgimento de problemas psicopatológicos ligados ao trabalho que levaram à realização de importantes estudos na realidade brasileira, com base nos referenciais teóricos desenvolvidos por Dejours, desde os anos de 1980. Conforme Mendes (2007), estes estudos têm por objetivo desvelar as mediações entre o sujeito e o real do trabalho. Os estudos de Mendes apresentam a saúde no trabalho como:

Expressão de um estado disposicional, caracterizado pelo equilíbrio, marcado pela vivência de prazer e sofrimento. Pela utilização de mecanismos capazes de mobilizar os trabalhadores em busca de uma relação mais gratificante no trabalho e, ainda, pela dinâmica de reconhecimento que se apresenta como elemento essencial do processo de construção da identidade do trabalhador no campo social e na luta contra o adoecimento (MENDES, 2007, p. 46).

Assim, para Mendes e Cruz (2004), fica claro o duplo papel do trabalho de desencadear ou colaborar com o processo saúde-adoecimento. Mendes (2004) ressalta que o comportamento saudável, não implica na ausência de sofrimento e sim como o indivíduo reage a ele de acordo com suas possibilidades internas e externas para transformar o sofrimento por meio da tomada de consciência das suas causas, dos conflitos e frustrações que o geraram.

Também atingiram larga abrangência em várias instituições brasileiras gerando inúmeros e importantes estudos sobre a relação homem/trabalho, inclusive na Faculdade Novos Horizontes, por meio do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração

Em relação às contribuições deste estudo para a organização pesquisada, o fato de analisar a percepção de médicos e enfermeiros em relação ao prazer e ao sofrimento no trabalho favorecerá o aporte de informações sobre a situação dos profissionais pesquisados, na medida em que revelarão as reais condições de trabalho em que se encontram. Com base nos resultados obtidos, o hospital e seus gestores terão a possibilidade de intervir, sobretudo, ao adotarem novas políticas de gestão de pessoas que realmente favoreçam o prazer destes profissionais e minimizem o sofrimento, podendo, também, estender estas políticas aos demais profissionais, contribuindo para a melhoria no ambiente hospitalar. Dessa forma, pode haver um ganho geral para a instituição, pois quando o trabalhador atribui um sentido positivo ao seu trabalho e se identifica com o que faz sente que tem autonomia e liberdade, passando a experimentar mais o prazer e a minimizar o sofrimento. Dessa forma, apontam-se como ganhos a melhora da vida do profissional e da organização hospitalar e o aumento da qualidade dos serviços oferecidos ao usuário.

Em relação à área da Saúde, é importante considerar as reflexões de Schwartz (2011) ao advertir que os conflitos gerados em todos os níveis de trabalho produzem patologias e alterações de saúde, que passarão a ser consideradas problema de saúde “pública”, fazendo-se necessário promover o debate a respeito da necessidade de intervir neste contexto.

Além desta Introdução, esta dissertação apresenta mais cinco capítulos. No segundo capítulo, desenvolve-se a ambiência do estudo. No terceiro capítulo, descreve-se o referencial teórico relativo ao trabalho, com suas implicações na vida do trabalhador, riscos de adoecimento ocupacional e formas de mediação entre o trabalhador e o contexto de trabalho, no mundo contemporâneo. No quarto capítulo, desenvolve-se a metodologia utilizada na pesquisa, justificando sua adequação a esta pesquisa. No quinto capítulo, focaliza-se a análise e discussão dos resultados obtidos na pesquisa. No sexto capítulo, são feitas as considerações finais.

2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, apresenta-se o contexto em que se insere o trabalho em unidades de atendimento em emergência e suas idiossincrasias.

2.1 O contexto hospitalar

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2011) define hospital como todo estabelecimento dedicado à assistência médica de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, tendo ou não fins lucrativos. O hospital pode ser pensado como porta de entrada para o sistema de saúde, por meio do atendimento de urgências e emergências, e como local para os atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis.

O espaço hospitalar é ponto de encontro de várias categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Esses profissionais lidam com a dor física e emocional, com a doença e com a morte de pacientes e seus familiares. Ou seja, profissionais e pacientes se encontram em momentos dolorosos, em que os profissionais, muitas vezes, se sentem impotentes, na medida em que os pacientes e seus familiares depositam neles muitas expectativas. A instituição hospitalar tem natureza econômica e social complexa, tendo passado por grandes avanços científicos e tecnológicos. Sua natureza e atuação ainda são consideradas insalubres e penosas. As contradições estão presentes a todo o momento, produzindo experiências de prazer e sofrimento em seus profissionais (PITTA, 2003; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

De acordo com Pitta (2003), o sofrimento psíquico daqueles que trabalham com a dor e a morte do outro decorre da própria natureza e das formas de organização desse trabalho essencial e diuturno, evidenciado por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. Laurell e Noriega (1989) ressaltam que as cargas presentes no ambiente hospitalar são responsáveis pelos desequilíbrios, que conduzem aos processos de desgaste irreversíveis, aos acidentes, às doenças e à morte prematura. Lima Júnior e Ésther (2001) afirmam que a situação dos hospitais é

paradoxal: ao mesmo tempo em que têm como missão salvar e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, dificilmente têm a preocupação de promover e manter a saúde de seus profissionais.

A forma taylorista de administrar a saúde tem gerado a diminuição do envolvimento e do compromisso dos profissionais e, obviamente, tem ocorrido perda de qualidade no atendimento. Embora a atuação hospitalar conte com a presença de vários profissionais de diferentes especialidades, nem sempre há integração, de acordo com os autores citados. Diante dessa nova forma de trabalho, médicos e enfermeiros enfrentam grande desgaste. E, muitas vezes, o que se percebe não é cooperação entre eles.

Por mais que se queira considerar os hospitais como as demais organizações, eles se diferem por sua complexidade, pois não se podem adiar as demandas relativas à recuperação dos pacientes e tampouco se permitem padronizações excessivas no âmbito da assistência (ALVES, 1996).

Na opinião deste mesmo autor:

[...] a intensificação do trabalho organizacional ocorre em todos os ramos de atividade, em particular a empresa hospitalar que apresenta uma especificidade e complexidade o qual, gera de acordo com os estímulos ambientais, aumento da carga de trabalho e condições desfavoráveis de trabalho (ALVES, 1996, p. 32).

No hospital, encontram-se pacientes acometidos por diferentes tipos de doenças, todos na expectativa da “cura.” Esse mesmo instrumento pode funcionar, na visão de Foulcaut (1996), como:

[...] um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplica-las ou atenua-las (FOUCAULT, 1996, p. 100).

O hospital é, portanto, cenário de vivências e de sentimentos contraditórios. Trabalhar nele não é fácil, embora seja, inúmeras vezes, gratificante. As dificuldades e os problemas aparecem a todo o momento. Barbosa e Soler (2003) afirmam que os hospitais são insalubres em todos os sentidos, proporcionando a seus

profissionais as piores condições de trabalho em relação a outros serviços e oferecendo riscos de ordem física, social, psicológica, mecânica e ergonômica, entre outras. De acordo com Dal Pai (2007), o trabalho nos hospitais é marcado por sobrecarga de tarefas, má organização do trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, presença de usuários carentes em todos os níveis e relações interpessoais precárias ou inexistentes.

A área da Saúde evoluiu muito nos últimos anos, fruto dos avanços tecnológicos e do alto grau de qualificação dos profissionais. Mesmo assim, os serviços de saúde ainda estão concentrados nos hospitais. Dupas (2006) afirma que o avanço tecnológico da medicina cria expectativa de que se pode resolver qualquer problema de saúde e conclui que as vítimas não morrem mais nas ruas, como nas epidemias antigas, mas em hospitais muito sofisticados, tratados por equipamentos de altíssimo custo.

De qualquer modo, a relação médico-paciente é marcada por pressões e cobranças. O enfermeiro, elemento de ligação entre eles, sofre pressão redobrada (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Segundo Martins (2003), os profissionais de saúde se tornam frágeis diante do novo perfil dos pacientes, que nunca estão satisfeitos com os serviços médicos prestados. Os pacientes se revoltam ao perceber que a tecnologia não serve principalmente ao paciente. Tem-se a ilusão de que a tecnologia resolverá todos os problemas e de que toda essa expectativa frustrada se converte em pressão para os profissionais, embora eles tenham enfrentado e vencido muitos desafios e conquistado novas formas de enfrentamento, de superação e de adaptação a uma dura realidade dentro dos hospitais.

No contexto hospitalar, médicos e enfermeiros se encontram neste espaço de superação e dor, no qual novas exigências se fazem presentes. Há uma nova lógica, que se opõe à hegemonia médica, ainda presente, apesar das mudanças. A equipe de enfermagem, essencialmente marcada pela presença feminina, tem conquistado novas relações de poder dentro dos hospitais, enfrentando a lógica gerencial masculina, carregada de pressões e força (BRITO, 2004). O poder feminino, em ascensão, passa de subalterno à aquisição de postos de responsabilidade, à custa de rupturas, avanços e retrocessos no interior dos hospitais, onde atitudes de

opressão e insatisfação se mesclam com o sabor das conquistas (WALDOW, 2001). Assim, com todos os desafios, aqueles vencidos aqueles e por vencer, médicos e enfermeiros, exercem papéis diferentes dentro das instituições hospitalares, em que os médicos têm maior autonomia, experimentam as vivências de prazer e sofrimento e principalmente, aquelas relacionadas ao atendimento em emergência, devido às características do atendimento.

2.2 Emergência hospitalar

A emergência hospitalar, por sua característica de atendimentos graves, devido ao risco de morte, se destina a atender pacientes que necessitam de tratamento médico rápido. A emergência está intimamente relacionada ao tempo, e àquilo que deve ser realizado de forma rápida, sem demora. Dessa forma, a urgência tem ocupado lugar de destaque não só nos hospitais, mas também em diferentes contextos de trabalho (GODOY, 2009).

Nos hospitais, justamente nos setores que têm esta finalidade como atendimento, a realidade exige dos profissionais uma altíssima *performance* no que diz respeito à natureza do trabalho. O profissional deve ser altamente atento e preciso nas tarefas que executa. Exige-se eficiência no menor tempo possível e tolera-se pouco qualquer tipo de limite. A urgência coloca em destaque o imperativo da ação. Esta requer respostas imediatas às demandas que surgem (BARROS; CARRETEIRO, 2011). Tempo e espaço devem se comprimir. Os indivíduos, impulsionados pela lógica da gestão que prima pela eficácia máxima, pensam em poder dominar o tempo e ultrapassar constantemente limites. Essas exigências são causadoras de estresse (AUBERT, 1993), fadiga e depressão (EHRENBURG³, 2000, citado por BARROS; CARRETEIRO, 2011).

O modelo de urgência remete a um contexto de “guerra”, de grande competição, para o qual deve-se buscar reforçar os recursos e as estratégias para fazer face às situações e, ao mesmo tempo, gastar o mínimo de tempo ao executá-las. Tendo em vista esse paradoxo, o desgaste é inevitável (BARROS; CARRETEIRO, 2011). Para

³ EHRENBURG, A. **La fadiga de ser uno mismo**. Buenos Aires: Depression Y Sociedad, 2000.

Aubert (1993), no que se refere à urgência, o trabalhador esse é impulsionado pelo tempo real e aprisionado pelo tempo imediato. Ele se abstrai do passado e do futuro, em que as novas tecnologias, como os *smartphones* e a *Internet* (com todas as suas derivações, como *facebook*, *twitter*, *Orkut* e *intranet*) tornam-se indispensáveis à vida de grande parte dos trabalhadores atuais. Elas carregam consigo o paradoxo libertador, pois facilitam a execução de muitas funções, mas carregam e um aspecto escravizante, uma vez que o trabalho acompanha as pessoas em qualquer tempo e lugar, exigindo delas dedicação constante (BORGES; CARRETEIRO, 2009).

As análises pautadas na urgência no contexto hospitalar foram realizadas em alguns hospitais públicos do Rio de Janeiro por Azevedo (2005), que analisou as narrativas de diretores dessas instituições de saúde e os modelos de gestão que empregam. Nos diversos projetos apresentados, verificou-se que no cotidiano a urgência se apresenta como um imaginário motor, visto que nos hospitais a precariedade tem implicações de vida ou morte para os pacientes. Assim, a urgência se faz presente na emergência hospitalar, reforçando a literatura ao assinalar a presença deste vetor na vida laboral. É justamente no contexto hospitalar que se apresenta de forma direta, sem meandros. Todas as pesquisas que têm abordado esta questão enfatizam o sofrimento e o adoecimento decorrentes de tais condições laborais.

No âmbito hospitalar, a finalidade dos serviços de emergência é oferecer atendimento imediato e de qualidade. Por isso devem estar estruturados para o objetivo maior, que é promover a produção da saúde e da vida. Os serviços de urgência/emergência têm por objetivo diminuir a morbi-mortalidade e as sequelas incapacitantes. Para tanto é necessário, garantir elementos necessários para um sistema de atenção de emergência que considere recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral com qualidade adequada e contínua (AZEVEDO *et. al*, 2010).

Nos hospitais, a unidade de atendimento em emergência apresenta uma especificidade que a distingue dos outros serviços, fato que pode ser percebido na rotina diária, por não ter uma prática sistematizada, em função da necessidade do agir imediato, já que, muitas vezes, não é possível ter o conhecimento preciso do caso do paciente. Afinal, devem -se empregar as técnicas e os procedimentos o

quanto antes para a manutenção da vida. O ritmo de trabalho torna-se frenético diante do imprevisível, pois a demanda pode elevar-se a qualquer momento com a chegada de pacientes graves. Costa, Cunha e Trajano (2003) afirma que no trabalho em emergência o quadro temporal é marcado pelo tempo do relógio, pelo ritmo da demanda de usuários e pela jornada de trabalho. Acrescenta que, além da exigência de regularidade e pontualidade, existe uma pressão pela rapidez na realização das atividades relacionada à corrida em benefício da vida dos pacientes que chegam ali. Muitas vezes, o trabalhador deste setor desenvolve seu trabalho sem pausa para descansar e convive constantemente com situações dolorosas e chocantes, relacionadas à pacientes fisicamente lesados, mutilados e com um quadro cínico instável, desencadeando quadros de tensão permanente ao procurar oferecer aos pacientes condições adequadas para se recuperarem (GODOY, 2009).

A violência urbana, o aumento excessivo de acidentes, principalmente de trânsito e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares de emergência. Estes serviços necessitam de uma organização, incluindo equipes com vocação e formação adequada, instituição de protocolos para a abordagem inicial, incluído a triagem, aquisição e organização dos materiais necessários, espaço físico adequado e o estabelecimento da interdisciplinaridade no atendimento do paciente grave. A utilização de rotinas atualizadas favorece o treinamento dos profissionais envolvidos, facilitando o atendimento em unidades de pronto socorro, em que as demandas são diversificadas, considerando ainda o caráter do inesperado. Entretanto, a forma de estruturação dos serviços hospitalares nem sempre foca a integralidade do atendimento aos usuários e a segurança da equipe (AZEVEDO *et. al*, 2010).

A qualidade da prestação de serviços de saúde à população pode ser entendida como responsabilidade social, inclusive no que se refere às condições de trabalho oferecidas aos profissionais. Entretanto, as diferenças entre a lógica da população e a dos profissionais e do sistema de saúde, além de outros diversos fatores, determinam a utilização inadequada destes serviços, o que provoca graves distorções das rotinas hospitalares, oriundas principalmente da sobrecarga de atendimentos, falta de informação aos usuários, do cansaço dos profissionais pelas longas jornadas de trabalho e pela baixa remuneração.

Os profissionais que atuam em serviços de urgência/emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas, de elencar prioridades e de avaliar o paciente em uma abordagem integral. Torna-se necessária, então a compreensão clara do conceito de prioridade no atendimento. O profissional deve estar sempre atento ao fluxo de procedimentos, diagnósticos e terapêuticos, no atendimento a pacientes gravemente enfermos ou politraumatizados que correm riscos de morte e que necessitam de assistência imediata, na sequência correta do processo de atendimento. Isso é entendido como um marco disciplinar na tomada de decisões na assistência imediata, pois quanto menor o tempo de atendimento maior a sobrevivência de pacientes em risco iminente de morte. O desafio para que tudo funcione adequadamente está sempre presente na equipe de atendimento. As exigências prendem-se: a qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, atributos como competência profissional e institucional, uso racional de recursos, redução de riscos e danos (AZEVEDO *et. al*, 2010).

Verifica-se neste contexto o paradoxo de se exigir eficácia máxima, uma vez que a característica da obediência à flexibilidade à velocidade e à urgência na execução das tarefas deve ser a maior possível em um tempo cada vez melhor. As leis do “capitalismo flexível” adentraram praticamente todas as esferas do mundo do trabalho, juntamente com as intensas e velozes mudanças do mundo globalizado e as novas tecnologias, não deixando de fora os riscos de adoecimento que as acompanha. (BARROS; CARRETEIRO, 2011).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, para garantir a organização dos sistemas regionalizados e a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. A necessidade de reordenar os fluxos de referência e de contrarreferência, de pacientes no SUS e de integrar os serviços de urgência hospitalar aos demais níveis de atenção, justificou, em setembro de 2004, a publicação da Portaria 1828/GM, que estabeleceu as atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o respectivo dimensionamento técnico para sua estruturação e operacionalização destas centrais. Os estudos de Azevedo *et al.*, (2010) revelam que a estruturação da rede de serviços no que se refere à atenção em urgência e emergência é insuficiente para atender a demanda ampliada, que gera

desorganização da própria unidade, baixa qualidade no atendimento gastos desnecessários, resultando no uso pouco racional dos recursos disponíveis, o que também repercute na garantia dos direitos de cidadania, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde.

A emergência médica como local de trabalho pode ser vista como palco da interdisciplinaridade. É um espaço social compartilhado por muitos profissionais e muitos saberes, no qual se instala o desafio da convivência, pois, como assinala Gernet e Dejourn (2011), o trabalho não pode ser apreendido como uma coisa ou objeto separado daquele que o realiza. Segundo estes autores, trabalhar não é somente produzir; é também viver junto. O trabalho extrapola a perspectiva técnica, constituindo-se também em uma regra social na medida em que organiza o “viver junto”. Estes autores defendem que o trabalho não se resume a uma atividade individual; é também uma relação social, que envolve um conjunto complexo de relações entre sujeitos que se encontram no cotidiano de trabalho. O trabalho pressupõe invenção e apropriação do saber-fazer coletivo.

Os autores supracitados consideram que o exercício do trabalho vem inevitavelmente acompanhado da confrontação com o real, isto é, com algo que se dá a conhecer por quem trabalha, por meio da resistência à maestria do trabalhador, e leva o sujeito a pensar e agir de forma diversa daquela prevista pela organização do trabalho. A emergência médica é, por excelência, o espaço do imprevisto. Aqui se verifica o caráter “vivo” do trabalho, pois leva o sujeito a reinventar seus arranjos no trabalho, onde não acontece só o previsto. Há, verdadeiramente, uma distância entre o prescrito pela organização do trabalho e a sua realização efetiva, embora trabalhar signifique, a todo momento, defrontar-se com regras, hierarquia, pessoas para cuidar e acolher, e colegas, com os quais é necessário interagir para alcançar objetivos. Também significa se defrontar com prescrições, procedimentos materiais e instrumentos a serem manipulados, que precisam ser respeitados, mesmo em face do imprevisto.

Este trabalho pressupõe o caráter individual em face do coletivo. Segundo Gernet e

Dejours (2011), ao adotar a definição de Bohle e Milkau⁴ (1998), o trabalhador se utiliza da “engenhosidade,” uma inteligência do corpo, da participação dos sentidos e da sua subjetividade, que se origina a partir da convivência prolongada com a tarefa e com o material. Assim, essa inteligência do corpo, do saber-fazer, impõe ritmos diferentes às pessoas, elas utilizam seus corpos de forma diferente e enfrentam riscos e desafios para se apropriarem de um mesmo espaço e construir um saber-fazer coletivo estruturado em um tempo e um espaço reais, porém carregados de simbologia (CHANLAT, 2011).

A utilização do espaço, do tempo e do próprio corpo no ambiente de trabalho remete à noção de estresse, de fadiga e de esgotamento profissional. Isso lembra o caráter biológico e corporal da pessoa humana. De fato, quando as formas de organização do trabalho desrespeitam as funções biológicas e psicológicas do ser humano, assiste-se à degradação da saúde mental e física dos trabalhadores (AUBERT, 1993). A questão do corpo não se coloca apenas no caso da saúde ou do bem-estar. Ela está presente a cada instante na relação com o outro. A afetividade, o laço social e o fazer conjunto estão sempre encarnados. Os indivíduos que trabalham juntos sentem a necessidade de encontrar os outros e de manter contatos visuais, táteis e auditivos com seus pares. Enfim, de fazer amizades (CHANLAT, 2011).

⁴ BOHLE, F.; MILKAU, B. Von Handrad zum Bildschirm. Tradução Francesa. In: **De La manivelle à l'écran. L'évolution de l'écran. L'expérience sensible dès ouvriers lors dès changements technologues.** Paris: Éyrolles, 1998.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta dissertação divide-se em seis seções: na primeira, aborda-se a relação entre o homem e o trabalho; na segunda, a abordagem do prazer e do sofrimento, focando-se a psicodinâmica do trabalho; na terceira o prazer e o sofrimento nas organizações; na quarta e na quinta analisam-se o prazer e o sofrimento no contexto hospitalar, especificando esta temática na atuação profissional de médicos e enfermeiros; e na sexta, aborda-se as estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho.

3.1 A relação entre o homem e o trabalho

Pode-se considerar a relação homem/trabalho como uma via de mão dupla. Ou seja, é pelo trabalho que o homem transforma a natureza e, simultaneamente, é transformado por ela.

Assim define Karl Marx (1993):

Trabalho, antes de tudo é um ato que se passa entre o homem e a natureza... Ao mesmo tempo em que age, por esse movimento, pela natureza exterior e a modifica, modifica sua própria natureza e desenvolve faculdades que nela dormitavam (MARX, 1993, p. 50).

De acordo com essa afirmação, o trabalho vai muito além da troca de esforço por salário. Não pode ser considerado como uma mercadoria a mais, e sim como uma complexa e rica relação universal entre o homem e a natureza.

Por meio do trabalho, o homem modifica a natureza, para garantir sua própria preservação. Pode-se considerar o trabalho realizado pelo homem como “a ação dirigida por finalidades conscientes, a resposta aos desafios da natureza na luta pela sobrevivência” (ARANHA, 1993; MARTINS, 1993). Diferentemente dos animais, que buscam a sobrevivência pelo instinto, a atitude humana é consciente e planejada na visão de Braverman (1987).

O trabalho acompanhou a história. Evoluiu do trabalho escravo, passando pelo

feudal, até chegar às atuais formas de organização impostas pelo capitalismo, que nas três últimas décadas transformaram-se mais intensamente, em decorrência, principalmente, dos avanços tecnológicos.

Segundo Antunes (2005), nas décadas de 1960 e 1970, a influência do taylorismo/fordismo retirou do trabalhador a possibilidade de ver sentido no que fazia, dando lugar apenas à racionalidade da ação repetitiva, sem autonomia.

A relação homem-trabalho passou a ser estudada após o término da Segunda Guerra Mundial, pelo psiquiatra francês Louis Lê Guilant, um dos fundadores do movimento "Psiquiatria Social".

O trabalho é considerado cada vez mais como a dimensão central da vida humana, contribuindo, assim, não só para a realização do sujeito, como também como fonte de prazer e saúde psíquica (FERREIRA; MENDES, 2003). Contribui tanto para a construção como para reconstrução da identidade. Assim, constitui elemento facilitador da expressão da subjetividade. As relações de trabalho tanto podem gerar prazer e saúde quanto sofrimento e doença. Pesquisas realizadas por Ferreira e Mendes (2003) apontam para há predominância do sofrimento quando as condições externas se impõem às possibilidades de os sujeitos obterem satisfação de seus desejos ou quando se esgota a possibilidade de luta individual ou coletiva para reagirem às adversidades do trabalho. É aí que se instala o sofrimento, e o adoecimento acontece.

Mendes e Cruz (2004) explica que o trabalho consiste na integração de três mundos, o objetivo, o social e o subjetivo. O trabalhador se esforça para atender ao apelo de cada um deles. O sentido que o trabalhador confere ao trabalho depende, assim, do seu contexto sócio-histórico, e não apenas de suas condições psíquicas. Cada um vive as demandas de sua realidade. As situações de trabalho interferem na forma de percepção que o trabalhador tem de si, dos outros e do próprio trabalho. Essas percepções constituem a subjetividade do trabalhador, foco de estudo da Psicodinâmica do Trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003).

Como apresenta Morrone (2001), a construção de um modelo teórico da

Psicodinâmica do Trabalho pode ser demonstrada em três etapas distintas, resultantes da reformulação de conceitos, ampliando-os e integrando novas vertentes:

- a) primeira etapa - Psicopatologia do Trabalho - deu ênfase ao estudo do sofrimento psíquico do trabalhador, buscando esclarecer as psicopatologias oriundas desse sofrimento, que envolve aspectos afetivos e relacionais do trabalho;
- b) segunda etapa - estuda a saúde, enfocando o prazer no trabalho e os mecanismos utilizados pelo trabalhador para minimizar o sofrimento e conviver de forma suportável com sua realidade de trabalho.
- c) terceira etapa - ainda em desenvolvimento, está voltada à análise do trabalho como *locus* de construção da identidade do trabalhador e de novas formas de organização do trabalho e ao modo como estas impactam as vivências de prazer e sofrimento do trabalhador.

A teoria freudiana contribui para a compreensão das vivências de prazer e de sofrimento. A teoria psicanalítica apresenta o método primário de funcionamento mental, em que o indivíduo, principalmente numa idade mais tenra, tende a satisfazer suas necessidades pela busca do prazer: princípio do prazer (FREUD, 1976). Em obra posterior, este autor reconhece que a busca do prazer encontra barreiras na realidade do mundo externo, que dificulta ou impossibilita a obtenção do prazer. O indivíduo experimenta sensações de desprazer ao se confrontar com a realidade.

Freud (1976) esclarece:

Esse último não abandona fundamentalmente a obtenção de prazer, exige e efetua o adiamento da satisfação. O abandono de uma série de possibilidades de obtê-lo e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer (FREUD, 1976, p. 43).

De acordo com Freud (1975), estão presentes no indivíduo duas pulsões

antagônicas, que regem sua vida mental, para as quais se utilizou da biologia para justificá-las: as pulsões de vida; e as pulsões de morte. Estas últimas estariam relacionadas ao retorno à matéria inanimada; a sentimentos como a fome e a sentimentos amorosos.

Na visão de Freud (1975), o abandono do princípio do prazer, transformado em princípio de realidade, capacita o indivíduo para sua convivência em sociedade, em que as leis prevalecem. Portanto, diante da impossibilidade do prazer constante, ocorre a repressão, em níveis tanto biológicos como sociais. A repressão acompanha a história do homem (MARCUSE, 1968). Com base nesta teoria, o autor explica que o indivíduo pode passar de uma satisfação imediata para uma satisfação adiada do prazer; ou seja, pode transformar o júbilo em esforço, isto é, trabalho.

Neste mesmo sentido, Mendes e Cruz (2004) afirmam que o prazer advindo da realização e o reconhecimento no trabalho são experiências constituintes de saúde permitindo ao trabalhador fortalecer sua identidade. Ao experimentar sensações de liberdade, suas vivências simbólicas o tornam capaz de criar e de inovar, fortalecendo sua identidade social.

Para Mendes (2004) e Mendes e Abrahão (1996), a organização da identidade social do sujeito e a dinâmica de trocas com o outro, construindo um coletivo de trabalho, permitem a ressignificação do sofrimento, e o prazer pode ser obtido indiretamente. A prática social dos membros de uma organização relacionada à vivência indireta do prazer tem a ver com o domínio exercido aos trabalhadores de uma organização com base na prática ideológica de seus membros. Esta é utilizada para reforçar processos de submissão.

Os estudos de La Boetie (1999) apontam para a tendência dos homens à servidão, de forma voluntária e obstinada, ao considerar a perda da identidade como uma fatalidade na vida humana. Essa ideia é compartilhada por Chalita (2005) ao considerar que o povo não tem consciência da perda da liberdade, no entendimento de que “ganhou” a servidão.

Na visão de Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), as expectativas e os sonhos

trazidos pelo trabalhador ao trabalho, quando frustrados, geram sofrimento. Mendes e Morrone (2002) esclarecem que o trabalho nem sempre consegue atuar como fonte de prazer, em função das condições de organização do trabalho e das relações socio-profissionais, que restringem a expressão da subjetividade. O sofrimento é reflexo de um modo específico de produção – atualmente, a acumulação flexível de capital. Estes autores entendem que o sofrimento não é patológico em si mesmo, mas pode funcionar como sinal de alerta, para evitar o adoecimento.

Os estudos na área da Psicologia do Trabalho têm avançado, proporcionando uma melhor compreensão do papel que o trabalho ocupa e das funções que ele exerce na vida das pessoas. O surgimento e o desenvolvimento de outras áreas do conhecimento, como a Ergonomia e a Ergologia, têm trazido grandes contribuições ao campo da Psicologia.

De acordo com Dejours (1992), o homem traz para o mundo do trabalho toda sua historicidade. A partir dela é que estabelece suas relações com o trabalho, construindo suas representações psíquicas de forma inteiramente pessoal. Ele constrói aí sua subjetividade. Inspirando-se em Ivar Odone⁵ (1980), Clot (2006) resgata a noção de subjetividade, entendida como “contingente escondido”, relacionada ao desenvolvimento do psiquismo. Os processos subjetivos do trabalhador, entretanto, são construídos a partir de suas experiências concretas, de sua relação real e objetiva com o trabalho.

Para a compreensão dos fenômenos subjetivos, é necessário conhecer as situações concretas de trabalho. A subjetividade, mesmo associada aos processos psíquicos, só pode ser apreendida a partir das condições concretas e materiais da vida e das vivências do sujeito em sua “vida material”, não se tratando de um sujeito apenas abstrato, mas também concreto, participante dos processos sociais. Estes esclarecimentos são parte das contribuições das abordagens da “Clínica do Trabalho”, desenvolvida por Clot (2006), e da Ergologia, de Schwartz (2007).

⁵ ODONE, I. **Redécouvrir L'expérience ouvrière**: vers une autre psychologie du travail. Paris: Ères, 1980.

Essas perspectivas trazem a contribuição da Ergonomia aos estudos em Psicologia do Trabalho, que reconhece a distância entre o trabalho prescrito, as metas e os procedimentos formais, de um lado, e o trabalho realmente realizado, de outro. Na tentativa de diminuir essa distância -- ou seja, de adaptar-se ao novo que se apresenta, o ser humano, principalmente o ser humano trabalhador, está sempre na tentativa, nem sempre bem sucedida, de recompor, pelo menos em parte, o meio de trabalho, em função do que ele é ou daquilo que ele desejaria que fosse o universo que o circunda (SCHWARTZ, 2007).

Tem-se que a subjetividade, como forma peculiar de apropriação do mundo material e social, se constrói em um contexto histórico social, implicando necessariamente a confrontação entre o físico e o real das relações sociais. O trabalho não é uma atividade isolada; é um esforço coletivo, de caráter fundamentalmente social. Não representa a satisfação de desejos individuais. É realizado com os outros para os outros; portanto, permeado de conflitos.

Lhuillier (2011) esclarece que a atividade de trabalho é fundamentalmente de encontro e de troca com os outros. Permite o “sair de si,” para inscrever-se numa história coletiva. A autora chama atenção para o fato de que o social é portador de divisões e contradições, nas quais se desenvolvem as atividades de subjetivação, sendo que a atividade do sujeito não é voltada somente para seu objeto, mas também para as atividades dos outros sobre esse objeto. Conclui-se, então, que não existe subjetividade fora de um contexto social, material, histórico e objetivo ao qual não incorpore a experiência coletiva.

As práticas do mundo do trabalho sempre estiveram submetidas tanto aos processos de transformação do próprio trabalho, do saber/aprender, quanto às transformações advindas dos avanços sociais. Essas mudanças se intensificaram nos últimos vinte anos e se fazem sentir intensamente no momento atual, pois ocorrem em estreita relação com o campo das comunicações informatizadas, da *internet*. As exigências do capitalismo imperam com poder e força cada vez maiores e abrangentes. As práticas de organização do trabalho mudaram, assim como mudou a imagem do trabalhador. Novas demandas são feitas aos trabalhadores, muitas vezes, contraditórias, como a exigência de iniciativa. Ao mesmo tempo, surgiram de mais

protocolos a serem seguidos ou a obrigatoriedade de obedecer a processos rigorosos de normatização. Novas competências são cobradas dos trabalhadores. As consequências dessas mudanças para os trabalhadores são visíveis e seus efeitos são nocivos, atingindo-os violentamente e gerando medo, tensão, angústia e adoecimento físico e/ou psíquico (BARROS, 2009).

Faria e Meneguetti (2001) acrescentam que, para obter reconhecimento, alcançar a admiração e ser considerado imprescindível para os objetivos da organização, o indivíduo submete-se a ritmos intensos de trabalho, ausentando-se, muitas vezes, do seu ambiente familiar e privando-se do descanso a que tem direito, recomendado para a manutenção de sua saúde física e mental. Além de tudo isso, há que se considerar que com o avanço das novas tecnologias o trabalho invadiu a vida familiar e o descanso do trabalhador.

Quanto a essas sobrecargas, como sugere Schuwartz (2007), não deve haver apenas uma análise, exigindo mais:

Ir ver de perto como cada um não apenas se submete, entre aspas, mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho, se não se faz esse esforço, então se interpreta, julga-se, diagnostica-se no lugar das próprias pessoas e isso não pode produzir resultados positivos (SCHUWARTZ, 2007, p. 26).

A reestruturação do mundo do trabalho e a dominação do capitalismo, marcada especialmente pela globalização, trouxeram uma nova ordem social. E novas configurações se delineiam no mundo do trabalho, em que os grandes desafios do trabalhador são: sobreviver, manter-se competitivo e manter sua “empregabilidade”, termo utilizado pelo capitalismo para designar a necessidade de qualificação do trabalhadores (Antunes, 2002), em que os sujeitos são responsáveis por sua própria carreira. Não têm opção senão submeter-se à nova ordem, que se impõe sem pedir licença, por meio de mecanismos de controle, sobretudo de normas de intervenção moral. O rompimento ou a não aceitação dessa nova ordem resulta em eliminação. Quem não se submete é excluído, sai do jogo. A nova ordem conjuga verbos como adestrar, sequestrar, treinar, classificar, segregar e punir. Muitas vezes, a punição é o próprio adoecimento do trabalhador.

Diante disso, trabalhadores vivem situações de precariedade e de fragilização subjetiva, relacionadas, frequentemente, a conflitos trazidos por novas configurações no mundo do trabalho, em que o desafio é constante. Para Schuwartz (2007, p. 20), “[...] não se sabe mais muito bem o que é trabalhar no momento atual. Isso não acontece sem problemas”.

3.2 Psicodinâmica do trabalho

Nos anos de 1970, com os estudos de Christophe Dejours, o tema “Relação homem-trabalho” ganhou sua grande contribuição. O médico e psiquiatra Dejours é o precursor da Abordagem Psicodinâmica do Trabalho. Ele aponta os processos inconscientes e as configurações subjetivas como presença determinante dos conflitos humanos vividos no contexto organizacional.

Inicialmente, Dejours concentrou seus estudos na psicopatologia das doenças mentais relacionadas ao trabalho. Estes estudos evoluíram, na tentativa de melhor compreender o trabalho como constituinte do sujeito, o que não pode se constituir fora da relação com o outro e fora da centralidade dos processos de subjetivação. Em 1987, Dejours, utilizou-se da teoria psicanalítica para avançar seus estudos, mantendo a centralidade do conflito entre a organização da personalidade e a organização do trabalho. O conceito de sublimação permite, “em posição contrária à patologia mental reconhecida”, frisar que “a psicopatologia do trabalho se interessa também pelas saídas bem-sucedidas desse conflito fundamental entre a organização do trabalho e o sujeito do desejo.” Entretanto, a multiplicação de dados empíricos, somada às contribuições da Ergonomia e da Sociologia do Trabalho, mudou o rumo epistemológico da problemática, o que levou à redefinição do objeto da pesquisa em Psicopatologia do Trabalho: ao estudo do sofrimento no trabalho. Sofrimento compatível com a normalidade, ao preservar o equilíbrio psíquico, por meio de uma série de procedimentos de regulação, como apresenta Lhuiller (2011).

Ainda de acordo com este mesmo autor, a teoria em psicopatologia do trabalho é potencialmente portadora de conceitos que poderiam, em contrapartida, ter efeitos na teoria do sujeito e, por meio da sublimação, na própria teoria psicanalítica, ao considerar a ambivalência do sofrimento, criador e patogênico: de estratégias

defensivas (além dos mecanismos de defesa individuais), de inteligência prática e de ressonância simbólica. A referência à fenomenologia social, o enfoque compreensivo e, conseqüentemente, a construção do sentido do trabalho pelo sujeito, da mesma forma que a atenção dada ao reconhecimento e à dinâmica da construção da identidade, reforçam a elaboração teórico-clínica dessa corrente, ao defenderem que o trabalho aparece decididamente como um operador fundamental na construção do sujeito, ao revelar, de fato, um mediador privilegiado senão o único entre o inconsciente e o campo social, de um lado, e entre ordem singular e ordem coletiva, de outro lado.

Em 1993, a Psicopatologia do Trabalho tornou-se estreita demais para explicar novas questões, fundamentadas em conceitos advindos da práxis, diferenciando o prescrito e o real da Ergonomia e o formal e o informal da Sociologia. Assim, surge a denominação “Psicodinâmica do Trabalho”, que tem por objeto a normalidade e continua seu interesse sempre pelo sofrimento no trabalho, mas também pelo prazer no trabalho. Ela propõe que o trabalho não se constitui numa atividade apenas prescrita pela organização do trabalho e afirma sua centralidade na construção do sujeito e do vínculo social. E, de acordo com Dejours (1996), acontecem em torno da experiência real e não apenas simbólica.

Para Mendes (2007), a Psicodinâmica desenvolve uma análise sociopsíquica do trabalho, tendo como ponto de partida a organização do próprio trabalho para, então, compreender as vivências subjetivas, dentre elas o prazer, o sofrimento, o processo saúde-adoecimento e os mecanismos de defesa e de mediação do sofrimento. A autora aponta que a evolução dos estudos da Psicodinâmica do Trabalho passa por três etapas subsequentes. A primeira, marcada pela publicação da obra de Dejours, na França em 1980, é intitulada *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*, traduzida no Brasil, em 1987. O tema principal desta obra recai sobre “a origem do sofrimento no confronto do sujeito trabalhador com a organização do trabalho” (MENDES, 2007, p. 34).

A publicação por Dejours (2002) da obra *O Fator Humano* marca a segunda fase dos estudos. As pesquisas deram destaque às vivências de prazer e sofrimento por trabalhadores decorrentes de suas relações com o trabalho, destacando-se as

estratégias por eles encontradas para evitar o sofrimento e, conseqüentemente, a doença, ou seja, o esforço de cada um deles para adaptar-se às estruturas e à organização do trabalho, em que fica claro o papel do trabalho na construção da identidade do trabalhador, no reconhecimento e valorização como subsídios importante e no enfrentamento do prazer e sofrimento (MENDES, 2007).

A terceira fase tem início nos anos de 1990. A Psicodinâmica do Trabalho ganha status de disciplina, reafirmando-se como abordagem científica, podendo “explicar os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação” (MENDES, 2007, p. 35). Como conclui Dejours e seus companheiros, Abdoucheli e Jayet, os processos adaptativos ao sofrimento no trabalho são dinâmicos e individuais. Os trabalhadores reagem às vivências de prazer e sofrimento de acordo com suas possibilidades psíquicas, mobilizando sua energia psíquica, para evitar a doença, e buscando prazer. O sentido que o trabalhador confere ao seu trabalho envolve as formas de organização do trabalho, gestão e relações de trabalho (DEJOURS, 1992; MENDES, 2007).

A forma como os indivíduos respondem às adversidades do mundo do trabalho, segundo Dejours (2001), está relacionada aos processos inconscientes, à expressão da subjetividade de cada um que traz consigo uma história de vida construída a partir de necessidades e desejos, que lhe conferem características únicas. Conseqüentemente, as respostas são únicas. Acrescenta, ainda, que a questão do desejo e da saúde são fazer parte integrante do trabalho. Ela é constantemente colocada em termos que se desenvolvem e se renovam ao longo da vida. O trabalho é utilizado pelo homem como meio de satisfazer suas necessidades nesta luta constante, em que seu comportamento revela “a busca de uma vida dotada de sentido, a partir do trabalho, permite explorar conexões decisivas existentes entre trabalho e liberdade” (ANTUNES, 2005, p. 144). Quanto maior a liberdade, maior o sentido.

A Psicodinâmica dedica-se, portanto, à compreensão de vivências subjetivas de prazer e sofrimento do homem em sua relação com o próprio trabalho, residindo aí constantemente, o conflito de forças opostas advindas de situações impostas pelas organizações e de suas próprias forças internas, para enfrentá-las. Dedicar-se ao

estudo da doença mental e das relações e estratégias em movimento, levando-se em conta os construtos sociais nela envolvidos. Trata-se de uma “dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho” (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994 p. 14). A Psicodinâmica contribuiu recentemente para identificar doenças geradas por assédio moral, esforço repetitivo, agressões e coação no trabalho, que podem levar até ao suicídio. Por essa razão é que Mendes (2007) sugere a implementação de processos individualizados de avaliação de performance.

A Psicodinâmica tem também se ocupado de problemas específicos dos trabalhadores, como consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas e fadiga, utilizados pelos trabalhadores como estratégias defensivas, podendo adquirir, inclusive, caráter coletivo. Enfim, o olhar “amplo e integrado” de Dejours deu origem a estudos que se preocupam não só com a doença mental, mas também com a saúde do trabalhador como um todo, inclusive nos aspectos sociopsíquicos.

No Brasil, as primeiras pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho foram realizadas no início dos anos de 1990, especialmente, na Universidade de Brasília, no Programa de Psicologia na área de concentração Psicologia Social e do Trabalho, articulada à linha Indivíduo e Contexto Organizacional, destacando-se os trabalhos de Mendes. A partir de então, os estudos em Psicodinâmica do Trabalho vêm assumindo posição de destaque em programas de pós- graduação da UnB e do Brasil. Estes estudos têm evoluído nos últimos anos. Os pesquisadores brasileiros têm buscado reproduzir e/ou adaptar o método da Psicodinâmica inicialmente proposto por Dejours para as realidades de trabalho brasileira.

3.3 O prazer e sofrimento nas organizações

Sufrimento e prazer no trabalho constituem a dialética que faz a unidade da experiência de trabalho. Desde o final dos anos 1950, C. Veil destaca as duas polaridades da relação com o trabalho, ora punição ou sofrimento, ora atividade criadora e forma de sublimação. Essa dialética - a existência dupla de vivências de prazer e sofrimento - compõe um único constructo (DEJOURS, 1999, 2000; FERREIRA; MENDES, 2003). Essas vivências são determinadas pelo contexto de

produção de bens e serviços, e o trabalhador com ele interage, buscando prazer e evitando o sofrimento.

O prazer e o sofrimento estão presentes não só no trabalho, como também no cotidiano das pessoas (MENDES, 2007). As vivências de prazer e sofrimento se relacionam à própria história de vida do indivíduo, em contrapartida com as relações de trabalho e com a organização do trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994). O trabalho como atividade material e simbólica constitutiva do vínculo social é também constitutivo da vida subjetiva. Portanto, se a resposta é individual nem todos adoecem, embora a rigidez em demasia cause sofrimento. Já o reconhecimento e a valorização pelos pares possibilitam ao trabalhador melhores chances de realização profissional e de obtenção do prazer, embora suas características pessoais é que conferem significado a seu trabalho.

A satisfação, o reconhecimento e a liberdade são todos sentimentos geradores de prazer. Há consenso entre os autores de que o trabalho é lugar onde podem ocorrer conflitos intrasubjetivos e intersubjetivos, os quais podem se transformar em prazer ou em sofrimento.

No interior das organizações, as relações de poder, de submissão e de competição tornam-se espaços perfeitos para conflitos nas relações interpessoais, gerando medo, angústias, incertezas e sofrimentos. Estes fatos tornam-se tão corriqueiros que poucos levam as pessoas a se acostumarem com essa rotina. Não se indignam mais em ver o colega ser maltratado e hostilizado (GUEDES, 2004).

O desejo de sucesso dos indivíduos se perde diante dos interesses das organizações, com armadilhas de controle e práticas utilitaristas de exploração do trabalhador (FARIA; MENEGHETTI 2001). As práticas de solidariedade e o envolvimento com o outro deram lugar ao individualismo dentro das organizações. Ninguém quer se envolver com ninguém. Envolvimento significa compartilhamento de experiências (FELDMAN, 2004). Dentro das organizações, o envolvimento pode ser perigoso e comprometedor. As histórias se cruzam, e o resultado deste encontro é sempre imprevisível.

Os trabalhadores tendem a desenvolver estratégias individuais e coletivas para se protegerem de conflitos causadores de sofrimento, o qual traz consequências, gerando disfunções pessoais e refletindo nos relacionamentos dentro das organizações, transformando-se em “bola de neve” (MENDES, 2007). Essa realidade produz impactos diretos e indiretos nos níveis individuais, familiares, organizacionais e sociais. Instala-se um verdadeiro caos na vida das pessoas. Nenhuma área escapa, provocando uma grande crise de valores e significações sociais, imaginárias ou não.

No caso dos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, a situação é crítica, pois são inúmeras as exigências, qualificações e habilidades pessoais requeridas. As jornadas de trabalho são longas e intensas, e o trabalho ocupa a maior parte do tempo dos profissionais, não permitindo uma vida de qualidade fora dele. Além de tudo, as instituições públicas demoram muito para captar e responder às mudanças de forma ágil e desburocratizadas, como é o caso da unidade hospitalar escolhida neste estudo (DUTRA, 2008).

3.3.1 O prazer no trabalho

O ser humano é, segundo Freud (1976), movido pelo desejo. A possibilidade de satisfazer seus desejos causa-lhe prazer. Se o trabalhador tem a oportunidade de usar de liberdade para se estruturar e se adequar ao trabalho, ele experimenta o prazer. A abordagem psicodinâmica aponta o trabalho como um estruturante psíquico, que permite ao indivíduo liberdade e realização (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O trabalho também é visto como “fonte de prazer, porque possibilita ao trabalhador, construir uma identidade social que o identifica e o distingue das outras pessoas, tornando-o importante, reconhecido perante os outros e na sociedade” (HERNANDES, MACEDO, 2008, p. 5).

O princípio do prazer, de acordo com a teoria freudiana, decorre de um método primário de funcionamento mental, no qual o indivíduo busca o prazer para se livrar do desprazer ou para evitá-lo. O prazer nem sempre pode ser obtido, momento em

que ocorre uma repressão, geralmente, imposta pelo ambiente social.

Para Pagés *et al.* (1993), nos tempos atuais ter sucesso na carreira profissional se torna a maneira de ser percebido socialmente. Para alcançá-lo, as pessoas direcionam suas energias para o trabalho. A carreira é um elemento central na relação do indivíduo com a organização. As organizações se utilizam dessa possibilidade para condicionar os indivíduos, impondo-lhes seus valores, no sentido de que eles lutem para ser os melhores e, apesar do desgaste e do enfraquecimento dos relacionamentos afetivos, que sejam “vencedores” e obtenham sucesso. O prazer maior seria ter sucesso. A organização desloca seus objetivos para o plano psicológico do sujeito.

Segundo Harvey (1993), o prazer maior seria o dinheiro, prazer quantificado. O próprio dinheiro, como representação suprema do poder social na sociedade capitalista, se torna-se objeto de luxúria, de ambição e de desejo, sendo sua ausência causadora de desequilíbrios significativos nas áreas social e psíquica. O ter prevalece ao ser. Ter é poder. Para Valeriano e Garcia (2007), pode-se considerar a falta de remuneração como geradora de insatisfação, embora haja outras fontes de satisfação a serem analisadas, a começar pelo prazer em pertencer à organização.

A intensificação das mudanças históricas dificulta a atribuição de sentidos de vida, produzindo comportamentos de isolamento dos sujeitos, que entendem como prazer o fato de terem seu espaço livre do confronto emocional e do envolvimento com outras pessoas. Há prazer também em poder realizar atividade laboral também de forma isolada, ao eliminar do convívio pessoas consideradas desinteressantes, prazer em não se relacionar com quem não interessa, prazer em ser independente, autossuficiente. Tudo isso, entretanto não se opõe à teoria psicodinâmica ao defender que o trabalho realizado de forma adequada pode ser gerador de prazer.

O prazer de realizar se contrapõe ao sofrimento causado por inúmeros fatores ou pessoas, causando no sujeito trabalhador a liberação de forças que podem ser aproveitadas em sua autorrealização.

3.3.2 O sofrimento no trabalho

O trabalho pode não corresponder às necessidades e aos desejos dos indivíduos nem oferecer a possibilidade de reconhecimento ou permitir a livre expressão de si mesmo por parte do trabalhador. O indivíduo não se reconhece no que faz e o trabalho esvazia-se de significado (DEJOURS, 1992, 2001; DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994; MENDES, 1994, 1999, 2007).

O sofrimento também aparece quando o trabalhador não consegue equilibrar os desejos individuais e os objetivos organizacionais, não tendo espaço para desenvolver seu potencial, como afirma Mendes (1994). O trabalho saudável e enriquecedor oferece ao trabalhador a oportunidade de descarregar suas tensões e de canalizar sua energia pulsional. Se isso não ocorre, a tensão transforma-se em sofrimento (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

Segundo Dejours (1992), apesar de seus esforços para superarem os conflitos e se verem livres do sofrimento, os indivíduos acabam sendo estimulados pelo sofrimento, e o esforço é convertido em crescimento emocional, favorecendo seu poder criativo e promovendo autoconfiança. Nenhum ser vivo permanece inerte ao ataque ou ao desconforto. Rio (1995) define o sofrimento como o conjunto de reações do organismo quando lhe é quebrada a homeostase; ou seja, quando se rompe o equilíbrio físico ou psíquico.

Selye (1959) esclarece que o sofrimento é o conjunto de reações que o organismo desenvolve em seu esforço para se adaptar a uma nova situação. Para recuperar o equilíbrio e voltar à homeostase, cada indivíduo desenvolve seu próprio conjunto de estratégias e condutas. Alguns conseguem a volta ao equilíbrio de forma sofrida, porém saudável. Para outros, há uma perturbação de comportamentos afetivos, cognitivos e psicológicos. A essas respostas adaptativas é que se dá o nome de “estresse” (RIO, 1995). Este autor assegura que certo grau de ansiedade seria não só suportável, como também benéfica, estimulando um esforço favorável para vencer o incômodo das frustrações. Porém, dependendo do grau de ansiedade e de sua duração, impõe ao organismo um constante estado de alerta. O indivíduo não descansa.

Como não é possível evitar as adversidades, Bergamini (1997) não as considera de todo nocivas, uma vez que o processo de luta contra o sofrimento gera um movimento de reações que incrementa os processos vitais, embora também concorde que se ultrapassarem níveis de duração e intensidade põem em risco a saúde dos indivíduos, Para o autor, as fontes de sofrimento são variadas e podem comprometer o equilíbrio saudável da personalidade.

Os efeitos patogênicos das más condições de trabalho exigem do trabalhador um esforço, às vezes, muito maior do que suas possibilidades, e a resposta ao sofrimento causado pela organização do trabalho gera fragilização somática, capaz de bloquear seus esforços, segundo Rodrigues e Gasparini (1992).

Freud (1976) enumera três fontes causadoras de sofrimento dos indivíduos:

- a) o poder sobrenatural;
- b) a fragilidade do corpo;
- c) a inadequação das normas adaptativas dos relacionamentos dos indivíduos.

A primeira e a segunda fontes ultrapassam ao controle individual. A terceira, de caráter social, nem sempre é reconhecida pelo sujeito como uma fonte de sofrimento, sobre a qual ele próprio é responsável, na maioria das vezes. Parece haver concordância dos autores supracitados de que as condições externas não afetam igualmente as pessoas. Cada indivíduo reage de forma diferente às situações adversas que lhe causam sofrimento.

O trabalhador, no momento atual, vive em extrema insegurança. Esse contexto, oriundo das transformações ocorridas no mundo do trabalho, tem levado à precarização, à redução acentuada do efetivo de trabalhadores no trabalho formal e à terceirização, tornando o trabalhador impotente diante de situações que lhe fogem ao controle, restando-lhe apenas submeter-se às imposições do mercado. Adequar-se às exigências das organizações para conseguir ou manter seu lugar no mercado tem um alto custo para o trabalhador, o que compromete seus projetos pessoais,

sua carreira, o convívio social e familiar; enfim, sacrifica todos os aspectos de sua vida cotidiana. A ameaça da perda do emprego e as inseguranças geradas pelo medo de não ser competente o suficiente para corresponder às exigências da empresa, a exposição aos riscos e a intensificação do trabalho deixam o trabalhador fragilizado e desprovido das possibilidades de participar de grupos ou sindicatos e até mesmo, de constituir uma família (BARROS; CARRETEIRO, 2011).

Lhuillier (2011) faz algumas considerações a respeito da atual configuração do mundo do trabalho ao observar que as exigências de flexibilidade prejudicam a trajetória das carreiras profissionais, que acabam marcadas por rupturas, mudanças e muitas situações de transição. Apresenta, também, o fato de que essas exigências não só aumentaram a partir da década de 1980, como também reduziram os meios para que o trabalhador pudesse respondê-las. Dessa forma, o processo de coerção se fortalece duplamente, o que gera nos sujeitos um grande mal-estar no trabalho e marginalização progressiva de muitos trabalhadores.

Todas essas situações, na visão de Barros e Carreteiro (2011), são potencialmente geradoras de processos de adoecimento no trabalho, da mesma forma que as exigências de competitividade colocadas como responsabilidade do trabalhador que deve cumprir metas cada vez mais exigentes de produtividade. Há um consenso na literatura de que essas “modernas” formas de adoecimento no cotidiano somam-se às mais clássicas, como exposição a insalubridades, sobrecarga física e psíquica, e intensificação do ritmo.

A partir do desenvolvimento do setor de serviços, tornaram-se evidentes outras formas de adoecimento no trabalho, sobretudo em profissionais que lidam com o cuidado e o acolhimento de pessoas em situações de sofrimento, como os trabalhadores da saúde, de abrigos, de atendimento a pessoas vítimas de violência e pessoas em privação de liberdade (BARROS, 2009; COSTA, 2005; SÁ, 2005).

Para Sá (2005), em tais trabalhos, ainda há vivências frequentes de situações em que o profissional tem de fazer escolhas constrangedoras. Na falta de meios materiais e subjetivos para gerir o cotidiano de trabalho,

[...] o trabalho na Porta da Entrada da Emergência representa sofrimento psíquico para os trabalhadores como o dilema de atender às urgências em caráter estrito e aliviar outros sofrimentos da população; a pressão para trabalhar mal; o risco de não identificar os casos de risco de vida; o lidar com a violência; e o não reconhecimento do bom trabalho, entre outras (SÁ, 2005, p. 10).

A autora ressalta também a “carência” utilizada pelos profissionais como categoria encobridora da diversidade da demanda, num processo de múltiplas reduções, que vai da negação do sofrimento social à negação da condição de humanidade dos pacientes. É recorrente nas pesquisas o fato de que as demandas a esses trabalhadores vão além de suas possibilidades ou responsabilidades. São demandas de amparo e proteção, que emergem de um quadro de intensa fragilização social. Todas essas questões aumentam os riscos de adoecimento de profissionais de saúde, sobretudo em atendimento público.

De acordo com Lima Júnior e Ésther, o ambiente laboral tem sido causa de doenças, incapacidades e, até mesmo, de morte para considerável parcela de trabalhadores. As condições de vida no local de trabalho incluem tanto características do próprio lugar (dimensões, aeração, iluminação, presença de poeiras, gases, vapores e fumaças, dentre outros) quanto os elementos conexos à atividade em si (posição do trabalhador, ritmo de trabalho, ocupação do tempo, horário diário, semanal, alienação e não valorização do patrimônio intelectual e profissional).

Dentre as principais doenças ocupacionais que acometem os profissionais de saúde, de acordo com dados do Conselho Federal de Medicina (2007), estão: as disfunções ortomusculares (DORT e LER), disfunções cardiorrespiratórias, afecções cutâneas, disfunções relacionadas ao aparelho digestivo, disfunções do sono, depressão e ansiedade em altos níveis, uso abusivo de drogas psicotrópicas, tabagismo e uso abusivo do álcool.

3.4 Vivências do prazer e sofrimento no trabalho do médico

A imagem do médico, carregada de símbolos e significados, vem se modificando ao longo da história. A imagem do médico como benfeitor da humanidade, dotado de características de renúncia, comparado ao “sacerdócio,” deixando seus próprios

interesses em prol dos seus pacientes sem se preocupar com seu próprio bem, tem sido modificada à medida que ocorrem as mudanças sociais, que as profissões são mais exigidas e que as condições de trabalho mostram-se cada vez mais mal marcadas, principalmente, pelos baixos salários e pelas duras jornadas de trabalho (SOUZA, 2001).

É evidente que as normas que regem o capitalismo atingiram também a medicina e a prática de seus profissionais. Como a lógica apoia-se na obtenção de lucros, a tendência é ganhar mais em menos tempo. Diante disso, é notório que a corrente da medicina moderna está contribuindo para que os médicos sejam assalariados. Costa (2006), adverte que o médico perde sua condição de profissional liberal, além de sua autonomia e seus rendimentos.

Ser médico neste momento da história tornou-se, sem dúvidas, mais difícil, de acordo com o autor supracitado, aumentaram as exigências técnicas e o volume de conhecimentos e informações, passando a ocorrer um quase perfeccionismo tecnológico, o desenvolvimento de um raciocínio lógico e ágil capaz de subsidiar decisões e condutas. Também aumentaram as exigências sociais, sendo esperada por parte do paciente um clima de segurança e confiança, além de terapêuticas mais eficazes.

Esse contexto tem impactado o papel essencial da relação médico—paciente, tão idealizado, mas cada vez mais sacrificado, em função do pouco tempo do médico reservado ao paciente e em favor dos avanços, levando a uma medicina menos humana e mais tecnológica.

Ainda neste sentido, Rezende (2002) afirma que o avanço tecnológico mudou o rumo da medicina, trazendo consequências benéficas, mas também aspectos negativos, dentre os quais se pode citar a negligência com o exame clínico, tornando a medicina mais técnica e menos humana. Acrescenta Costa (2006) que todas essas questões pelas quais passa o trabalho médico refletem em seu comportamento ético, nas relações médico—paciente, médico--sociedade e médico-médico. Tudo isso conseqüentemente, repercute em seu estilo de vida e em sua saúde. Muitas vezes, ele adota como mecanismo de proteção ao sofrimento uma

atitude aparentemente fria com seus pacientes e, por vezes, pode colocar essa frieza, este distanciamento, no convívio familiar e social, acabando por isolar-se.

O trabalho médico tem por finalidade promover a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Ou seja, tem por objetivo a produção de saúde nos âmbitos individual e coletivo (AROUCA, 1975). Segundo Lima Júnior e Castanha (2011), os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e cuidado com a saúde e, mesmo, em conjunto com a equipe composta por outros profissionais. É o tomador de decisões na condução do processo de diagnóstico e tratamento do paciente, tendo como ofício o ato de lidar cotidiano com a evolução da doença, que, muitas vezes, inclui dores, perdas, padecimento e morte. O trabalho torna-se penoso, na medida em que ele não tem controle de um contexto de trabalho pesado, de esforços físicos e mentais que levam ao sofrimento e ao adoecimento desse profissional.

Para Meleiro (2001), as vivências de prazer e sofrimento do médico começam já na escolha da profissão. Ele passa a vida inteira, desde a adolescência, estudando assuntos relacionados à medicina. Torna-se eterno estudante, sem muito tempo para outras atividades ou descanso. Conforme assinala Meleiro (2001), outro agravante em relação ao adoecimento do médico é que, mesmo sendo conhecedor da doença e de seus riscos, ele é resistente em admitir a doença, o cansaço e a busca de ajuda. Ele pouco se cuida. A profissão de médico, com seu suposto saber, dá-lhe a ilusão de um ser quase onipotente, já que lida com a doença e a morte – angústia maior do ser humano -, impregnado de um suposto poder que as enfrenta e as controla (CALDEIRA, 2001).

Segundo Meleiro (2001), vários autores tendem a explicar a escolha da carreira médica, parcialmente como defesa contra a angústia da morte ou como uma fantasia de reparação a algum tipo de experiência vivida na infância. A autora reforça que, apesar do sentimento de onipotência, os médicos experimentam grande frustração e, até mesmo, se revoltam quando não podem dar ao paciente o tratamento desejado.

Meleiro (2001) adverte que a literatura identifica para os médicos taxas elevadas de

hipertensão, depressão, suicídio e dependência do álcool e outras drogas, fatores que podem estar relacionados com a perda da onipotência. O suicídio pode ser facilitado pelo conhecimento farmacológico e pela própria familiaridade do médico com a morte. Entretanto, a autora ressalva que essas situações podem ter como origem fatores antecedentes ao exercício da medicina.

Santos Filho (2007) argumenta que um dos problemas mais evidentes no trabalho em saúde está na precarização dos ambientes e das condições de trabalho, assim como na omissão e negação de direitos aos profissionais. Neste sentido, Costa (2006) menciona pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina entre 1999 a 2004 que confirmou o quanto é desgastante o trabalho médico. Os principais fatores de desgaste assinalados na pesquisa foram: excesso de atividades, empregos em vários locais, condições de trabalho, baixa remuneração perda de autonomia e conflitos na relação médico - paciente, marcada pela cobrança dos pacientes. Todos esses fatores caracterizam a falta de reconhecimento que, segundo Dejours (2004), resulta em sofrimento.

Outro aspecto apontado pela Psicodinâmica do Trabalho como gerador de sofrimento é a divisão do trabalho. De acordo com Pitta (2003), a divisão do trabalho nos hospitais reproduz a divisão do trabalho do modo de produção capitalista, embora a complexidade da medicina e as inovações tecnológicas reforcem a necessidade de especializações. Para Martins (2003), as especializações disciplinares e a recente implantação da medicina tecnoutilitarista adequaram-se pragmaticamente à divisão do trabalho.

De acordo com Silva (2001), a fragmentação dos serviços de saúde constitui um dos problemas detectados no trabalho médico. O profissional não reconhece produto final de seu trabalho. Ou seja, ele não reconhece sua obra, pois ela deixa de existir em virtude de que os serviços de saúde têm como característica o fato de que cada trabalhador executa uma parcela dos serviços. Assim, o trabalhador encontra-se separado de sua obra (CAMPOS, 1997). Perde-se a visão holística do paciente, nestas circunstâncias elementos fundamentais ao processo de cura do paciente, não se estabelecem, como o vínculo e a responsabilização. Essa descaracterização e desumanização do atendimento médico têm consequências diretas na saúde dos

pacientes e dos médicos, como o desgaste profissional (SILVA, 2001) e a fadiga médica (RIBEIRO, 1989).

Diante de todos esses aspectos, o médico experimenta vivências de sofrimento em relação ao trabalho, as quais são atenuadas pelos aspectos prazerosos da profissão, como a possibilidade de realização profissional, reforçada pelas oportunidades de melhorar a saúde das pessoas, por experiências de reconhecimento e respeito e confiança, mas, principalmente, por lidar com a vida o bem mais sublime das pessoas. Este é sentido que o trabalho lhes confere.

3.5 Vivências do prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro

Dentre as atividades consideradas expostas ao sofrimento e aos riscos de adoecimento está o exercício da enfermagem, principalmente em atendimentos de emergências. A enfermagem é desenvolvida num ambiente favorável ao desgaste físico e mental e entra no grupo das profissões que mais enfrentam riscos de adoecimento (DAI PAI), expondo a equipe do ponto de vista etiológico a riscos de natureza física, química, biológica e psíquica. A complexidade dos inúmeros procedimentos, a elevada responsabilidade na tomada de decisões, os acidentes de trabalho, o trabalho por turno, poucos profissionais atuando e o sofrimento dos familiares aumentam as vivências de angústia e ansiedade, desencadeando frequentemente, situações de sofrimento e doenças (CORONETTI *et. al*, 2006).

O enfermeiro convive com a dor e a morte, comuns em sua atuação profissional, acarretando-lhe uma carga psíquica causadora de sofrimento (AUBERT, 1993). De acordo com Lima Júnior e Ésther (2001), a morte de crianças e pessoas jovens e daqueles pacientes que estão há muito tempo internados, com quem se acostumaram a conviver, é mais difícil de ser elaborada. De outro lado, obter sucesso em procedimentos que salvam a vida do paciente é considerado algo extraordinário, motivo de regozijo, prazer e realização no trabalho.

O trabalho nos hospitais é complexo e diversificado, abrigando diversas categorias profissionais que só podem atuar de forma multidisciplinar. Entre estes profissionais, a equipe de enfermagem se destaca não só por ser numericamente maior como por

atuar em diversas frentes de trabalho dentro do hospital, inclusive a administrativa. Os enfermeiros são elementos de ligação entre os pacientes e os vários profissionais da equipe multidisciplinar.

De acordo com Santos (2008), o enfermeiro supervisiona, articula e controla a dinâmica do trabalho, realizando atendimento, independente de seu grau de complexidade ou gravidade. Portanto, admite-se que todo este conjunto de demandas ocupacionais é gerador de vivências de prazer e de sofrimento no trabalho. A este respeito, podem-se considerar as reflexões de Kuenzer (2004, p. 240) quanto à “dupla face do trabalho qualificador, prazeroso e simultaneamente desqualificador, explorador, causador de sofrimento”. Essa situação, na visão de Aubert (1993), só pode ser suportada pelo trabalhador quando este vivencia o estresse de forma positiva e estimulante, podendo absorvê-lo na atuação contínua de seus serviços.

Os profissionais da enfermagem, atualmente, enfrentam o novo e árduo desafio de conviver com uma nova lógica, que exige competência e produtividade. Dessa forma, passam a incorporar novos valores e a construir uma nova identidade. Anteriormente, enfermeiros carregavam estereótipos de anjos, prostitutas, mulheres de médico e trabalho barato, o que lhes trazia baixa autoestima (DAHER, 2000).

Na busca pela compreensão da dinâmica do trabalho da enfermagem, encontram-se ações de cuidado dependentes do tempo e da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina. Além da exigência rigorosa de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pelo ritmo frenético na realização das atividades relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Segundo Dejours (1992, p. 25), o sofrimento vivido em relação ao trabalho advém das formas de organização do trabalho da rigidez no cumprimento das normas, da sua “divisão”, do “conteúdo da tarefa”, da “hierarquia e modalidades de comando”, das “relações de poder,” das “questões de responsabilidade” e da distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado. Todas essas situações são realidades vividas por enfermeiros em seu cotidiano dentro dos hospitais. Acrescentam-se a

intensa carga horária, o volume de tarefas a situação de carência dos pacientes apenas suportados pelos valores humano e o desejo de melhorar a vida das pessoas, minimizando o sofrimento e proporcionando vivências prazerosas a esses profissionais.

Com relação aos meios de trabalho, ressaltam Dal Pai e Lautert (2008), os profissionais da enfermagem consideram sua conduta influenciada pela posição desprivilegiada que a enfermagem ocupa na divisão do trabalho hospitalar. Entretanto, esses profissionais consideram que no trabalho de urgência e emergência a divisão é amenizada pela necessidade de atuar intelectualmente diante do risco de morte. Essa característica permite que a equipe de enfermagem atue na concepção do trabalho, tornando possível exercer controle sobre a organização do trabalho. Nessa situação, a familiaridade dos profissionais de enfermagem com o mundo do trabalho lhes confere maior poder e, assim, oportuniza espaço para a realização dos desejos e necessidades desses profissionais.

Observa-se que, devido ao aumento da demanda, principalmente a superlotação dos serviços de emergência, apesar de toda incorporação tecnológica, não se tem demonstrado uma economia da força de trabalho dos profissionais de saúde, que permanece sustentada essencialmente pelo labor intensivo e pela desigualdade nos níveis de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho, sobrecarregando uns mais que outros.

A superlotação, além de influenciar diretamente o volume e o ritmo de trabalho traz sofrimento para os enfermeiros, no sentido de forçá-los muitas vezes, a fazer escolhas que determinem para quem destinar a atenção, quando há pacientes em circunstâncias de saúde tecnicamente semelhantes. Situações deste tipo resultam em sentimentos de culpa, por não fazerem aquilo que acreditavam ser o melhor, acarretando conflitos pessoais, por considerarem que os comportamentos adotados seriam injustos, desumanos e desprovidos de ética e compromisso social (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Outro conflito presentes na atuação da enfermagem no setor de emergência é

quando cabe a eles dispensar alguns pacientes. Os usuários cujo estado de saúde é considerado caso “não urgente” precisam ser informados que o serviço para seu caso não está disponível ali naquele local. Para os profissionais, essa é uma tarefa árdua e angustiante, pois compreendem sua tarefa como não resolutive, por constatarem que em muitos casos não têm para onde encaminhar essas pessoas. Dessa ação emerge o sofrimento, pois suas ações ficam desprovidas de sentido. Seria o mesmo que negar-lhes o atendimento (DAL PAI; LAUTERT; 2008).

Diante da diversidade de fatores que circunscrevem o cotidiano de trabalho de enfermagem, verificas-se um aspecto que contribui para a proteção contra o sofrimento, e extrapolando esta questão, constitui um aspecto decisivo na relação que o trabalho em urgência e emergência estabelece com a saúde desses trabalhadores: confere-lhes sentido ao trabalho o qual torna se decisivo, elemento fundamental para a capacidade de se manter o equilíbrio e não adoecer (DAL PAI; LATERT, 2008).

O sentido do trabalho funciona como garantia da saúde dos trabalhadores de enfermagem, de acordo com os achados das autoras supracitadas. O cotidiano da equipe de enfermagem em emergências evidencia que, mesmo em meio a muitas dificuldades enfrentadas no dia a dia, o benefício do trabalho para a saúde está posto no valor simbólico da atuação. Ou seja, este se encontra no atributo moral da atuação. Para Lunardi Filho (1997) no trabalho da enfermagem, mesmo considerado desgastante, existe um sabor especial em realizá-lo, que reside na execução das tarefas assistenciais, que se apresentam como mediador para a realização pessoal e profissional. Em decorrência, há a possibilidade de executar cuidados diretos ao paciente, como também de poder visualizar o resultado imediato com a aplicação do seu saber fazer.

Dal Pai e Lautert (2008) assinalam que a relevância do desempenho profissional está, principalmente, na valoração moral do trabalho e no prazer de sentir-se útil. O trabalho funciona como centro de equilíbrio das pessoas e oferece equilíbrio para a saúde dos trabalhadores. O sentido deste trabalho, se é moralmente correto e se lhes permite sentir-se eficientes, é que define a relação que ele tem com a saúde do trabalhador.

O mesmo trabalho que produz sofrimento pode também ser fonte de realização, que se encontra no âmbito do reconhecimento, uma vez que a inteligência astuciosa necessita, além dos requisitos individuais dos trabalhadores, da validação social, que se expressa no reconhecimento pela utilidade de seu trabalho e no reconhecimento de suas habilidades pelos pares. O equilíbrio, ou a saúde, depende da mobilização da criatividade para intervir nas demandas do trabalho e na própria satisfação. Os enfermeiros consideram que sua maior satisfação em seu trabalho é a possibilidade de salvar vidas (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

3.6 Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho

Diante das dificuldades e da exposição aos riscos e ao sofrimento, o trabalhador desenvolve estratégias de mediação do sofrimento, marcadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, para poder suportar as condições adversas no trabalho, minimizar o sofrimento e evitar o adoecimento (MENDES, 2007). Para Morrone (2001), o uso de estratégias defensivas favorece o equilíbrio psíquico por possibilitar o enfrentamento de situações motivadoras de sofrimento.

Essas estratégias defensivas transformam o funcionamento psíquico das pessoas alterando seus processos mentais no trabalho e fora dele. Trata-se de mecanismos de defesa, de caráter individual ou coletivo, consciente ou inconscientemente construídos pelos indivíduos com o objetivo de se proteger nas situações nocivas à sua saúde no trabalho. Surgem quando a organização do trabalho é bloqueada em virtude da dificuldade de negociação entre as forças do sujeito e as forças oriundas dos interesses das organizações. De acordo com Dejours (1993, 2004), estas estratégias são específicas das categorias profissionais que as adotam.

A psicodinâmica direciona seus estudos para a inter-relação dos trabalhadores com a organização do trabalho e para as estratégias defensivas que utilizam para lidar com o trabalho. Para Mendes (2007), o sofrimento assume papel fundamental, ao articular ao mesmo tempo, saúde e patologia. O saudável, dá lugar ao prazer, por meio da transformação das pressões e instabilidades geradoras de sofrimento. Já o patológico se instala quando ocorrem falhas nos modos de enfrentamento do

sofrimento. Os desejos do sujeito trabalhador sucumbem aos desejos da produção impostos pela organização. O trabalhador, enfraquecido pela precarização da organização do trabalho e pela necessidade de sobrevivência, além da desestruturação do coletivo, alimentada pela cultura da excelência, pregada pelos gestores, adota estratégias defensivas de mediação do sofrimento ao invés de se mobilizar para a mudança, reforçando ainda mais a exploração do trabalho em função da produção. Essas estratégias defensivas têm por objetivo minimizar a percepção do sofrimento, dando ao sujeito um suporte que lhe permita utilizá-lo como proteção (MENDES, 2007).

A Psicodinâmica do Trabalho destaca-se por não apresentar uma visão determinista que transforma os trabalhadores em simples observadores de um mundo perverso que os reduz à condição de pessoas passivas. Ela parte do pressuposto de que o trabalhador pode interferir na realidade de trabalho, por possuir capacidade de se proteger e de buscar saídas e assim, reapropriar-se da transformação e da reconstrução da realidade (LANCMAN; SNELWAR, 2004). O trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de falar, de sensibilizar o pensamento, de encontrar um novo sentido, de negociar, de compartilhar e de transformar as experiências de sofrimento. Considerando essas possibilidades é que a Psicodinâmica do Trabalho cria um espaço para que o trabalho do ser humano não ocupe lugar marginal na identidade do sujeito. Por isso, a energia sublimada no trabalho é fundamental para a construção e a manutenção psíquica de cada indivíduo, sendo então a alavanca para transformar as situações adversas do trabalho e geradoras de sofrimento (DEJOURS, 1993).

O sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica, ou seja, da ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pelo aparecimento de uma doença mental, porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permite controlá-lo. Existem as defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores de forma coletiva, estratégias coletivas de defesa. Há também as defesas individuais (DEJOURS, 2000). Sendo o confronto e a convivência com o sofrimento difíceis, as estratégias defensivas visam evitá-lo, muitas vezes, de forma inconsciente, buscando-se no ego a proteção contra os conflitos encontrados na base do sofrimento. Assim, o sofrer é um processo dinâmico na vida do trabalhador, que se

estende às demandas interligadas ao indivíduo e à organização (MENDES, 1999).

As defesas de proteção permitem ao trabalhador suportar o sofrimento racionalizando as situações causadoras de sofrimento, por meio de condutas compensatórias, no modo de agir, pensar e sentir. Muitas vezes, o trabalhador consegue evitar o sofrimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização, não buscando condutas que levem a mudanças sobre a organização do trabalho. Ou seja, ele não mobiliza forças que possam alterar a precariedade das condições de trabalho. Nenhum esforço produtivo acontece, podendo, até mesmo, acarretar um aumento das causas do sofrimento. O esgotamento dessas defesas pode ocorrer com o passar do tempo, caracterizando falha no processo de enfrentamento do sofrimento. Com isto intensificam-se as possibilidades de adoecimento (MENDES, 2007).

Para Dejours (2000), a normalidade é a composição entre a luta individual ou coletiva contra o sofrimento, que não implica a ausência do sofrimento. Pelo contrário, é o resultado obtido na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho. A diferença entre os mecanismos de defesa individuais e os mecanismos de defesa coletivos está no fato de que os primeiros permanecem sem a presença física do objeto, já que estão interiorizados. Os segundos dependem da presença de condições externas e se mantêm no consenso de um grupo de trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Esclarece Dejours (2000, p. 103):

[...] as estratégias individuais de defesa têm importante papel na adaptação ao sofrimento, mas pouca influência na violência social, visto que são de natureza individual. Já as estratégias de defesa coletivas são construídas coletivamente. Se mesmo nesse caso, a vivência do sofrimento permanece singular, as defesas podem ser objeto de cooperação. As estratégias coletivas contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar não significa apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2000, p.103).

A organização do trabalho é um compromisso que deve ser negociado entre quem o organiza e quem o realiza. Dessa forma, deve ser uma ação reflexiva, da qual os

trabalhadores devem se comportar como agentes ativos diante das imposições e da possibilidade de transformar efetivamente situações do cotidiano laboral que beneficiem a sua saúde mental. A experiência do sofrimento permite a mobilização subjetiva dos trabalhadores, ao levar o indivíduo a fazer uso de sua personalidade e inteligência para se opor a uma racionalidade objetiva e específica gerada no ambiente de trabalho. Nesse momento, apoia-se na contribuição e retribuição dos envolvidos, ao criar condições que podem levar os sujeitos a resistirem ao seu sofrimento por meio de estratégias defensivas (LANCMAN; SNELWAR, 2004).

Os trabalhadores devem mobilizar suas forças, na busca de situações novas e de desafios geradores de prazer, para desvencilharem-se do sofrimento, embora não consigam eliminá-lo. Assim, o ressurgimento do sofrimento se constitui em um processo cíclico e permanente (LUNARDI FILHO; MAZZILI, 1996). Esse acontecimento, de acordo com Martins (2008), encontra fundamentação na sublimação, que, por meio do reconhecimento e do fortalecimento da identidade no trabalho, fornece condições para o trabalhador obter satisfações, pelo deslocamento da energia pulsional, para fins socialmente valorizados. Ou seja, é fora do trabalho que o indivíduo vai encontrar esta satisfação.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho a sublimação assume importância singular, pois a energia sublimada investida no trabalho é essencial para a construção e a manutenção da economia psíquica de cada indivíduo, sendo, então, a força propulsora para transformar as situações inevitáveis geradoras de sofrimento no trabalho. A sublimação é um processo psíquico, por meio do qual os desejos encontram saída desestabilizada no campo social. Porém, o trabalho fragmentado dificulta sua utilização, segundo afirmam Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994).

O trabalho não é necessariamente, infelicidade. Pelo contrário. Por meio da sublimação, o trabalho pode representar um papel fundamental na construção da identidade, representando o próprio alicerce da saúde como um todo. Pode até se tornar a viga mestra da saúde e da construção da identidade nas esferas erótica e afetiva (LANCMAN; SNELWAR, 2004).

Na opinião de D' Andrea (1994):

[...] o ato de sublimar é entendido como um processo pelo qual um impulso é modificado de forma a ser modificado de conformidade com as demandas do meio. É um processo inconsciente, não existe repressão, pois ao se deparar com a rejeição pela consciência, o impulso é desviado para canais, socialmente aceito (D' ANDREA, 1994, p. 25).

Outra estratégia a ser considerada no enfrentamento do sofrimento pelo trabalhador como forma de se proteger e de manter a integridade de sua saúde trata-se da ressonância simbólica, que está relacionada ao enfrentamento das situações concretas pelo sujeito, sem a necessidade de deixar sua história, seu passado e sua memória. Pelo contrário, as atividades laborativas oferecem uma oportunidade a mais para promover a reflexão e dar continuidade ao seu questionamento interior e delinear sua história. Por meio do trabalho o indivíduo engaja-se nas relações sociais nas quais vai enxergar as questões herdadas do passado e de sua história afetiva. A ressonância permite beneficiar-se do trabalho e da força extraordinária conferidos pela mobilização dos processos psíquicos provenientes do inconsciente e se atualiza como inteligência astuciosa. Portanto, ela funciona, de alguma forma, como condição de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos de produção (DEJOURS, 2004; LINHARES, 1994; MENDES, 1994). Autores como Lancman e Snelwar (2004) comentam:

a sublimação e a ressonância simbólica acontecem em um espaço muito limitado pelas possibilidades em matéria de concepção em oposição às atividades de execução. Só podemos mostrar que em situação real, o hiato que cada sujeito deve necessariamente gerar entre a organização prescrita e a organização real requer necessariamente uma atividade de concepção. É justamente essa atividade de concepção que toma o lugar da atividade de experimentação ocupada, outrora na criança. Ou em outras palavras poderemos afirmar que o jogo na criança torna-se atividade de inteligência astuciosa no adulto (LANCMAN; SNELWAR, 2004, p. 294).

Assim, a descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza corresponde à diminuição da carga laboral, dando origem ao prazer no trabalho. Quando a energia pulsional não encontra -- saída, ou seja, não encontra forma de descarga no aparelho psíquico -- instala-se o sofrimento. Conseqüentemente, os processos psíquicos movimentados pelo sujeito na invenção, imaginação e ajustamento podem estar ligados a uma maneira específica de inteligência, chamada "inteligência astuciosa", a qual procura atender aos objetivos com procedimentos mais eficazes,

deixando de utilizar apenas os modos operatórios prescritos. Trata-se de um agir astucioso, direcionado para amenizar o sofrimento e promover o prazer. Não há inteligência sem mobilização, seja individual ou coletiva. O trabalho precede à formação da própria inteligência, que é despertada pelo exercício do real. A descoberta dessa inteligência é fonte de prazer para o trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Para que o sofrimento seja transformado em iniciativa e mobilização criativa, faz-se necessário o uso da palavra em um espaço no qual a discussão, as perplexidades e as opiniões tornam-se públicas. Falar e ouvir significam, antes de tudo, é manter um espaço aberto para a criatividade e a iniciativa na organização do trabalho. Para isso, é preciso o envolvimento de todos os níveis hierárquicos, em uma relação de igualdade. Deve haver, ainda, prontidão de ambas as partes. É preciso coragem de ambos os lados, pois para quem fala é muito difícil dizer o que está fazendo, principalmente quando desenvolve o trabalho com certo distanciamento dos procedimentos prescritos. Apenas a coragem de se arriscar pode tornar visíveis e inteligíveis os componentes fundamentais do trabalho (FERREIRA; MENDES, 2001).

É arriscada a atividade de quem escuta, porque muitos fatos vêm à tona e isso pode ser desestabilizador da organização do trabalho devido às ideias pré-concebidas. É difícil também porque há a necessidade de questionamentos que possam levar à reflexão crítica e ao aprofundamento do real. Este confronto pode ser gerador de sofrimento.

O sofrimento e as defesas são constituintes da saúde do trabalhador, embora as defesas possam funcionar como uma armadilha, gerando alienação. A alienação se constrói quando essas defesas se transformam em ideologia defensiva (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). A ideologia defensiva pode ignorar o risco e tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave, sendo específica de um grupo social. De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, os homens não são passivos diante dos constrangimentos organizacionais e são capazes de se proteger nas situações nocivas à saúde no trabalho (DEJOURS, 2004).

As defesas de adaptação e exploração podem corresponder ao individualismo e à passividade e se esgotar mais rapidamente, por exigirem do trabalhador, além de suas forças, investimento, tanto físico quanto sociopsíquico, maior que sua capacidade ou desejo de reagir. Essas defesas se baseiam na banalização ou negação do sofrimento e na submissão, na maioria das vezes, inconsciente das pressões por produtividade e excelência por parte da organização e pelo desejo ou necessidade do trabalhador de corresponder aos apelos da organização e de sobreviver naquele ambiente de trabalho, negando, inclusive, à doença. Só há uma saída para este quadro perverso que se instala, numa verdadeira armadilha para o trabalhador, na visão de Mendes (2007): para virar o jogo, evitar o sofrimento, ser bem-sucedido, experimentar o prazer e garantir sua saúde, o sujeito trabalhador há que mobilizar forças no sentido de resgatar seu pensar e seu agir criticamente sobre a organização do trabalho e na construção coletiva de soluções de compromissos para fazer face às contradições inerentes à organização perversa do trabalho. É possível essa mobilização a partir da reapropriação dos desejos e da condução de si mesmos por parte dos trabalhadores, resgatando a autonomia e o sentido do trabalho. O processo em direção à busca da saúde é uma conquista que pode ter suas origens no próprio sofrimento, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994).

De acordo com Mendes (2007), o sofrimento, mesmo visto como uma espécie de drama mobiliza o sujeito no mundo em direção à saúde. Dessa forma, nem o sofrimento nem as formas individuais ou coletivas de defesa são patológicas. Ao contrário, são consideradas saudáveis no sentido de buscar uma saída para a saúde. Segundo Dejours (2004), a luta na perspectiva de intervir na organização do trabalho pode ser considerada saudável e inteligente, contribuindo para o processo de saúde, permitindo aos sujeitos subverter o sofrimento, o que não significa anular o sentimento, mas transformá-lo no prazer da reapropriação pela ação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

É interessante ressaltar no modo como os trabalhadores vivenciam situações de trabalho sua capacidade de criação, reinvenção, emancipação e superação. Diante dos meandros do real, eles conseguem abrir novos caminhos, não se restringindo ao patológico. A relação sujeito--trabalho não se prende àquilo que já está estabelecido, como afirmam Bendassolli e Soboll (2011), mas pela capacidade do sujeito

trabalhador de exercitar seu poder criativo, como meio de construção da identidade e das vivências subjetivas que transportam as relações de trabalho para além do sofrimento e da doença.

Para fazer valer seus projetos e aspirações, o trabalhador mobiliza forças interiores, individuais ou coletivas, para alcançar, ou garantir, a dimensão construtiva e positiva do trabalho, utilizando-se de mecanismos de intervenção no real. Assim, os sujeitos conseguem afirmar seu poder de ação, evitando o sofrimento e/ou o adoecimento, pois, como afirma Clot (2001), o sofrimento surge da atividade impedida, do desenvolvimento bloqueado.

Para Vygotsky⁶ (2003, citado por CLOT, 2011), o desenvolvimento do poder de agir pode abrir mudanças nos modos habituais de pensar, viver e trabalhar, considerando que o homem está cheio, a cada momento, de possibilidades não realizadas, e é neste campo que o sujeito pode encontrar mecanismos de combate ou de enfrentamento de situações adversas no trabalho. Conforme Espinosa⁷ (2007, citado por CHANLAT, 2011), a vitalidade do indivíduo está justamente na sua condição de se preservar, ao mobilizar suas forças e ao aumentar seu poder de ação, na medida em que consegue se perceber como sujeito; ou seja, consegue distinguir-se de sua tarefa.

Chanlat (2011) ressalta as considerações da Sociologia que mostram o quanto os humanos podem mais ou menos influenciar seu ambiente imediato ao utilizarem, sozinhos ou com os outros, seu potencial de ação. O autor defende que as estratégias humanas não são apenas ou simplesmente calculadas, mas têm origem na mobilização da subjetividade. Os seres humanos, enquanto atores sociais e sujeitos dotados de desejos, sonhos e ambições, assumem o desafio de participar da construção de sua existência, inclusive nas realidades de trabalho.

Criar estratégias de enfrentamento da realidade de trabalho não é apenas uma atividade individual ou a mobilização de forças para promover mudanças no ambiente. É também estabelecer trocas, compartilhar saberes, confrontar pontos de

⁶ VYGOTSKY, L. **Conscience, inconscient, emotions**. Paris: La Dispute, 2003.

⁷ ESPINOSA, B. **Ethique**. Paris: Flammarion, 1965.

vista e as práticas de cada um, validar as contribuições singulares e envolver-se em formas de cooperação. “Sair de si” e ter a capacidade de realizar uma obra útil, permitem ao sujeito inscrever-se numa história coletiva (BARROS; CARRETEIRO, 2011). Dessa forma, a questão do trabalho pode ser entendida pela Psicossociologia como a relação entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social, o particular e o geral.

O trabalho, na contemporaneidade, apresenta características que perpassam todas as atividades profissionais. Entretanto, atingem diferentemente os sujeitos. Há aqueles que têm mais recursos e possibilidades de criar estratégias para fazer face às constantes mudanças, adquirindo competências adaptáveis ao mercado, variando de acordo com o nível de formação e a condição social. A outros, faltam estes recursos, aos quais Castel (1998), os denomina “indivíduos por falta”. Eles não conseguem desenvolver estratégias que sejam suficientemente potentes para criar uma inflexão em suas trajetórias profissionais e se veem mais vulneráveis à precarização e à desqualificação laboral, que ocasionam sofrimento e o risco de adoecimento. Assim, de acordo com Barros e Carretero (2011), os e as paradoxos e contradições do mundo do trabalho atual atingem diferentemente os sujeitos.

De acordo com Gaulejac (2011), o sistema atual de dominação, o sistema paradoxal, se fecha em si mesmo, a ponto de as reações defensivas das pessoas para dele se proteger contribuem ainda mais para reforçá-lo, numa violência tal que o risco da loucura obriga as pessoas a encontrar “a qualquer custo” uma saída, induzindo o trabalhador a resistências ferozes para não cair na depressão ou, até mesmo, na loucura. Segundo Ferreira e Mendes (2003), se não houver melhora nas condições de trabalho e na organização dele para evitar o uso excessivo de estratégias, podem aparecer ao longo do tempo distúrbios graves de saúde.

Pode-se concluir, então que as defesas contra o sofrimento são necessárias, embora se considere que o trabalho como local de prazer seja mais importante para a dimensão psíquica, sendo espaço de reconhecimento e valorização dos profissionais, por meio do fortalecimento. O enfrentamento compreendido como defesa funciona ainda como regulador das relações sociais e do processo laborativo. Portanto, a busca da saúde e do prazer estão sempre em construção, constituindo-se em um processo inacabado (LANCMAN; SNELWAR, 2004).

4 METODOLOGIA

Apresentam-se neste capítulo os aspectos metodológicos que nortearam esta pesquisa. Para Minayo (2007), a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e o instrumental próprio de abordagem da realidade. Dessa forma, a metodologia deve compreender tanto o método quanto as técnicas adotadas para a realização da pesquisa.

4.1 Tipo e método da pesquisa

Para se chegar aos objetivos desta investigação, realizou-se uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo. O método utilizado foi o estudo de caso para descrever e analisar os riscos de adoecimento de médicos e enfermeiros no exercício de suas atividades profissionais em um hospital público com referência em emergência.

Optou-se pela pesquisa descritiva por analisar o fenômeno em sua totalidade, em que, conforme Godoy (1995, p. 62), “o ambiente e as pessoas nele inseridas não são reduzidos a variáveis, mas observadas como um todo”, o que permitirá analisar o fenômeno em sua complexidade. Ainda na visão de Michel (2009), este tipo de pesquisa se propõe a verificar e explicar problemas, fatos ou fenômenos da vida real extraídos no ambiente natural onde ocorrem e analisá-los à luz das influências ambientais, sendo bastante apropriada para a área de ciências humanas e sociais, em que o investigador procura descobrir, com o devido cuidado, a frequência com que o fenômeno acontece (VERGARA, 2007).

Nesta pesquisa, foi utilizada a análise qualitativa, para a compreensão dos dados levantados. De acordo com Minayo (2007), a abordagem qualitativa trabalha valores, motivos, desejos e atitudes que constituem a realidade social, sob a ótica dos atores e das relações. Consiste em oferecer ampla e progressiva compreensão do processo em análise e de sua subjetividade, trazendo à tona aspectos da realidade que extrapolam a quantificação. O caráter qualitativo da pesquisa assume aspecto fundamental no estudo, uma vez que busca a compreensão dos fatos, dos

significados e das relações subjacentes à situação estudada. Neste caso, a percepção dos riscos de adoecimento relacionados ao trabalho experimentados por médicos e enfermeiros no exercício de sua profissão.

Para Michel (2009), um estudo de caso procura reunir o maior número possível de informações sobre o objeto de interesse, por meio de variadas técnicas de coleta de dados, para apreender todas as variáveis da unidade analisada e concluir indutivamente sobre as questões propostas.

Yin (2005) acrescenta:

Em geral, os estudos de caso, representam estratégias preferidas quando se colocam questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2005, p. 20).

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

Na visão de Collis e Hussey (2005), uma unidade de análise é o tipo de caso ao qual se referem as variáveis ou os fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa, sobre os quais são coletados e analisados os dados. Nesta pesquisa, a unidade de análise constituiu-se de um hospital público estadual que presta atendimento exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo serviços de média e alta complexidade à população do sul do estado de Mato Grosso em diversas especialidades médicas inclusive emergência.

Os sujeitos da pesquisa, na visão de Vergara (2007), são as pessoas que fornecerão os dados de que a pesquisa necessita. Neste caso, médicos e enfermeiros que atuam em emergência do Hospital Regional Irmã Elza Giovanella de Rondonópolis (HRR). Foram entrevistados 11 profissionais que atendem emergência, sendo 5 médicos e 6 enfermeiros escolhidos por acessibilidade. As entrevistas foram realizadas até se atingir a saturação das respostas. A saturação dos dados corresponde à suspensão de novos sujeitos no processo de coleta de dados, uma vez que foi considerada pela pesquisadora a existência de redundância ou repetição nas informações fornecidas (GLASER e SRAUSS, 1967).

O número total de profissionais entrevistados não foi definido *a priori*, pois com a opção pela saturação, a coleta permaneceu até o momento em que se perceberam convergências suficientes para configurar o fenômeno investigado. A saturação dos conteúdos emergentes nos discursos permite a garantia de que as informações contêm diversificação e abrangência em relação à reconstituição do objeto no material do estudo (MINAYO, 2007).

Nesta pesquisa, a saturação foi alcançada com 11 entrevistas obtidas com médicos e enfermeiros. Dentre os cinco médicos pesquisados, foram realizadas três entrevistas com profissionais do sexo masculino e duas entrevistas com profissionais do sexo feminino. Entre os seis enfermeiros, dois foram do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

O perfil dos entrevistados encontra-se no Quadro 1:

Quadro 1 – Perfil dos profissionais entrevistados

Profissional	Sexo	Idade	Especialidade	Tempo de profissão	Tempo na instituição
M1	F	37	Intensivista	14 anos	11 anos
M2	M	44	Neurocirurgião	22anos	11 anos
M3	F	46	Pediatra	22 anos	11 anos
M4	M	56	Cirurgião	30 anos	11 anos
M5	M	30	Clínico	7 anos	2 anos
E1	M	39	Enfermeiro	15 anos	11 anos
E2	F	56	Enfermeira	30 anos	11 anos
E3	M	38	Enfermeiro	15 anos	7 anos
E4	F	36	Enfermeira	13 anos	11 anos
E5	F	36	Enfermeira	13 anos	11 anos
E6	F	35	Enfermeira	12 anos	11 anos

Fonte: Dados da pesquisa

A escolha destes profissionais como sujeitos desta pesquisa levou em consideração o fato de que são responsáveis pelo tratamento e pelo cuidado direto ao paciente em estado de saúde grave na unidade de atendimento em emergência e estão envolvidos com uma dinâmica de trabalho que os expõem ao prazer, ao sofrimento e aos riscos de adoecimento. As unidades de emergência são caracterizadas por

acúmulo de trabalho, insalubridade, sofrimento, dor, morte, alto nível de concentração mental, responsabilidades, pressão por produtividade, hierarquia, ritmo acelerado e jornadas de trabalho extensas, com plantões diurnos e noturnos entre outros fatores. Assim, a relação deste profissional com o trabalho pode desvelar manifestação de prazer, sofrimento e doenças físicas ou mentais, podendo desencadear mecanismos defensivos diante das situações experimentadas (LIMA JÚNIOR, 2001, 2011). A escolha pela unidade de emergência se deu pelo fato de ser um setor de trabalho com maior grau de complexidade, considerando, ainda, a singularidade dos trabalhadores, a natureza do trabalho desenvolvido e a forma de organização do trabalho nestas unidades, potencializadoras dos fenômenos pesquisados, conforme o autor referenciado.

4.3 Técnicas de coleta de dados

Segundo Vergara (2007), os dados devem ser coletados de forma adequada ao tipo da pesquisa, para que o levantamento possa responder ao problema da pesquisa e atingir seus objetivos. Deve haver uma correlação entre os objetivos e os meios para alcançá-los. Para Michel (2009), a coleta de dados se utiliza de técnicas, ou seja, instrumentos para coletar informações que levem à análise e à explicação dos aspectos teóricos estudados. Esses instrumentos, ou técnicas, constituem elementos essenciais para se fazer ciência. São ferramentas, que usadas de forma adequada, garantem a fidedignidade, a qualidade e a completude da pesquisa e, conseqüentemente, dos resultados. A coleta de dados incorreta compromete todo o estudo. Deve-se ter o compromisso máximo de garantir a cientificidade, aproximando-se, o máximo possível, da realidade dos fatos. Coletar dados é nada mais que aproximar se da vida real. A autora adverte que a coleta de dados ocorre após a definição clara e precisa do tema do problema, dos objetivos e do tipo de trabalho que se deseja realizar.

Nesta investigação a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, transformada a partir do conteúdo do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), segundo Ferreira e Mendes (2007), que está estruturado em quatro escalas interdependentes, as quais avaliam as dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento. A primeira dimensão do ITRA é a Escala de

Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), que avalia o conteúdo do trabalho, envolvendo organização, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho. A segunda dimensão é a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), que avalia indicadores de vivências e sofrimento no trabalho. A terceira dimensão é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), que avalia danos físicos, psicológicos e sociais do trabalho. A quarta dimensão é a Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), que avalia os custos humanos do trabalho nos níveis físico, cognitivo e afetivo. As quatro escalas do ITRA, foram utilizadas como base para a elaboração de um roteiro de entrevistas com questões a serem feitas aos profissionais participantes da pesquisa, acrescido da investigação pela pesquisadora, a respeito das estratégias de enfrentamento ao sofrimento.

Com a realização das entrevistas, buscou-se aprofundar a percepção a respeito das condições de trabalho e dos riscos de adoecimento decorrentes das atividades profissionais de médicos e enfermeiros. De acordo com Sampiere, Collado e Lúcio (2006), as entrevistas semiestruturadas se baseiam em guias de assuntos, e o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões, com a finalidade de obter maior informação sobre os temas desejados. De acordo com Triviños (1987), a entrevista estruturada privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos pesquisadores, o que permite a participação deles na elaboração do conteúdo da pesquisa, por meio de suas experiências, circunstâncias favorecedoras e enriquecedoras do aspecto qualitativos da pesquisa.

4.4 Técnica de análise dos dados

Neste estudo, os dados colhidos nas entrevistas são analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), pode-se definir a análise de conteúdo como um:

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (indicadores quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Nesta técnica de tratamento de dados, Bardin (1977) distingue três grandes

categorias de métodos em análise de conteúdo, dividindo-as em análise temática, análise formal e análise estrutural. De acordo com a autora, a análise temática é aquela que tenta revelar as representações sociais ou as avaliações dos locutores a partir do exame de certos elementos que compõem o discurso -- por exemplo, a frequência dos temas evocados e a avaliação dos juízos formulados pelo locutor. A análise formal tende nomeadamente sobre as formas e o encadeamento do discurso -- por exemplo, a forma de comunicação, o vocabulário, o tamanho das frases e as hesitações do locutor. A análise estrutural busca revelar aspectos implícitos na mensagem. Neste estudo, optou-se pela análise temática.

No tratamento de dados, todos os métodos de análise de conteúdo são adequados ao estudo do dito, ou seja, do implícito, pois obrigam o investigador a manter distância em relação a interpretações espontâneas, e principalmente, às suas próprias. Como a comunicação é reproduzida em suporte material, por meio da análise de documentos escritos, permite-se um controle posterior do trabalho de investigação. Essa é uma vantagem da utilização da análise de conteúdo como método de tratamento de dados (QUIVY; CAMPANHOUDT, 1998).

Os procedimentos de análise de conteúdo, ainda na visão de Bauer (2000), reconstroem representações em duas principais dimensões:

- a) sintática -- focalizando signos e suas inte-relações, nos meios de expressão e de fluência ou seja, como algo é dito ou escrito;
- b) semântica -- com centralidade nas relações entre signos e seu significado de senso-comum, interessa-se pelo que é dito em um texto, os temas e valorações.

No caso desta pesquisa, utilizaram-se essas duas dimensões levando-se em consideração que as categorias de análise dizem respeito às dimensões do ITRA, quais sejam:

- a) contexto do trabalho (organizações, relações socioprofissionais e condições de trabalho);
- b) custo do trabalho (físico, cognitivo e afetivo);

- c) sentido do trabalho (vivências de prazer e sofrimento);
- d) danos do trabalho (físicos, psicológicos e sociais) (MENDES; FERREIRA, 2007);
- e) estratégias de enfrentamento ao sofrimento.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os fatores comuns foram comparados para se verificar a existência de dados que comprovem a maior incidência de riscos de adoecimento no contexto de trabalho dos médicos e enfermeiros participantes da pesquisa.

Os dados foram submetidos à análise dos núcleos de sentido (ANS), técnica adaptada a partir da análise categorial, desenvolvida por Bardin (2004). A ANS consiste no desdobramento do texto em unidades, em núcleos de sentido, formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressaltantes do discurso cuja finalidade é agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições que deem maior suporte às investigações. Deve-se considerar nesta interpretação a rede de significados revelados no conteúdo dos núcleos (FERREIRA; MENDES, 2007). O *status* do núcleo de sentido é dado pela força dos temas, que ao serem recorrentes, criam consistência em torno do núcleo. Assim o nome de cada núcleo foi criado a partir da fala dos entrevistados e alinhados às categorias relacionadas aos objetivos da pesquisa, contidos no roteiro.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.

Neste capítulo são apresentadas a análise e discussão dos dados da pesquisa.

5.1 Caracterização da unidade de análise

O Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella, é uma instituição pública, de gestão estadual e foi planejado com o objetivo de atender ao processo de descentralização do atendimento em saúde preconizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 do SUS. Assim, em 1991 iniciou-se a construção, e somente foi inaugurado após 11 anos, onde a estrutura já não mais atendia à demanda, em virtude do crescimento significativo da população, consequência do crescimento acelerado da cidade e da região, devido à sua localização, entre as principais vias de ligação ao norte e o sul do país, por onde se dá o escoamento de produtos entre as regiões, e também em função ao crescimento do agronegócio, fonte da economia daquela região.

A cidade de Rondonópolis situa-se à margem da rodovia que faz esta interligação, cujo intenso movimento eleva o número de acidentes, uma das causas da superlotação da unidade de emergência da instituição. Responsável pelo atendimento da população de 19 municípios consorciados, cuja população atinge mais de 500 mil habitantes, gerando cerca de 2000 atendimentos mensais, este hospital, é porta de entrada para usuários encaminhados via Central Estadual de Regulação, para os casos de urgência e emergência encaminhados pelo Pronto Socorro Municipal, responsável pelo atendimento básico de saúde, e ainda para os pacientes transportados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os atendimentos são realizados por um corpo clínico composto por 118 médicos, dos quais 86 atendem emergência. Os enfermeiros perfazem um total de 65 profissionais, sendo 32 deles, emergencialistas. Juntamente com os técnicos e auxiliares, a equipe de enfermagem constitui a mais numerosa. A grande maioria dos profissionais são concursados e efetivos.

5.2 Análise dos núcleos de sentido (ANS)

Nesta seção são descritos os dados colhidos por meio das entrevistas e analisados à luz do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) de Ferreira e Mendes (2007).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise dos núcleos de sentido (ANS), que pelas suas características permite explicar os aspectos simbólicos e reais no processo de interação do sujeito com a sua realidade de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2007).

A análise constituiu de duas fases:

Na primeira, por meio da análise dedutiva, definiram-se as categorias *a priori* referentes ao contexto de trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócio-profissionais), aos custos do trabalho (físico, cognitivo e afetivo), ao sentido do trabalho (vivências de prazer e sofrimento), aos danos do trabalho (físico e psicossociais) e as estratégias de enfrentamento ao sofrimento no trabalho.

Na segunda, mediante análise indutiva, identificaram-se os sentimentos no trabalho e a forma de enfrentamento do sofrimento. As categorias de análises são descritas a seguir, conforme apresenta-se no quadro nº 2, lembrando que os depoimentos dos médicos são identificados pela inicial M e os depoimentos dos enfermeiros pela inicial E.

No quadro 2, apresentam-se as categorias e subcategorias de análise e sua correspondência aos núcleos de sentido.

Os núcleos de sentido gerados pelas falas dos entrevistados foram submetidos às categorias e subcategorias de análise correspondentes aos objetivos da pesquisa, definidos previamente de acordo com as quatro dimensões do ITRA, e as estratégias de enfrentamento ao sofrimento no trabalho.

Quadro 2 – Análise dos Núcleos de Sentido

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	NÚCLEO DE SENTIDO
Contexto de Trabalho	Organização do Trabalho	O ritmo é muito intenso, porque pode estourar alguma coisa e mudar a rotina
	Ambiente físico	É um lugar precário. Tumultuado.
	Relações socioprofissionais	Um empurra pro outro
Custos do trabalho	Físico e cognitivo	Você está sempre com o pensamento em Alerta
	Afetivo	É a escolha de Sophia
Sentidos do Trabalho	Vivências de Prazer	Eu gosto de fazer a diferença
		É fascinante
	Vivência de sofrimento	O trabalho acaba sugando a gente
Danos do trabalho	Socioafetivos	A gente vê a morte de perto
Estratégias de enfrentamento		O trabalho não é a sua vida

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 Contexto de trabalho

Nesta dimensão são analisados aspectos referentes à organização do trabalho, as condições do trabalho e as relações socioprofissionais.

5.2.1.1 Organização do trabalho

O núcleo de sentido relativo a esta categoria diz respeito a intensidade do ritmo de trabalho: **o ritmo é muito intenso, porque pode estourar alguma coisa e mudar a rotina.**

Este núcleo refere-se à percepção dos entrevistados em relação ao contexto de trabalho no que tange à organização com respeito ao ritmo, ao tempo disponível para realizar as tarefas, ao número de profissionais em relação às tarefas, ao planejamento do trabalho e como são cobrados os resultados do trabalho. Os relatos revelam uma organização de trabalho tensa, uma vez que não se pode planejar as

tarefas estabelecerem e seguirem uma rotina de trabalho, que facilite e organize sua realização.

Na percepção dos médicos entrevistados, o ritmo é exaustivo, acelerado e depende da demanda daquele dia. Na opinião de dois médicos entrevistados:

É um ritmo bastante exaustivo. Depende realmente do profissional que tá lá... (M2).

Por que é um hospital que é uma referência pra quatrocentos mil habitantes, então lá é uma porta aberta pra emergências traumáticas e emergências não traumáticas, via SAMU e fora a referência dos outros dezoito municípios que compõe a regional. Então é uma demanda muito grande e fica um médico só plantonista lá no período diurno e noturno, né? Clínico e ficam dois cirurgiões, mas ainda sim eu acho que é, são poucos médicos pra uma demanda bem grande, bem acentuada. Ah um ortopedista e um pediatra. É um ritmo bastante exaustivo (M1).

É tenso, é estressante... A gente corre contra o tempo, mas tudo vai depender da equipe e da lotação, do movimento daquele dia. O ritmo de trabalho depende da demanda né? Como emergência puramente da demanda. Quando chegam vários pacientes ao mesmo tempo, simultaneamente, aí aperta (M5).

A percepção dos enfermeiros também é de que o ritmo é exaustivo, conforme se observa nos relatos a seguir:

O ritmo ali é muito intenso, porque tudo ali, não tem hora. Ao mesmo tempo que você está tranquilo pode estourar alguma coisa e mudar totalmente sua rotina (E3).

O ritmo é louco, na verdade depende muito da demanda, né? Se um dia tá tranquilo, tem poucos acidentes, na verdade é imprevisível, porque se tem muito paciente você não para nem pra beber água nem pra fazer um xixi, mas se é uma segunda feira de manhã que não tem nenhum acidente você consegue internar os [pacientes] que estão lá do dia anterior, encaminhar pra exame, dar uma limpada nas macas, então é um ritmo que não tem como prever (E4).

Há uma concordância, onde a totalidade dos entrevistados afirma ser um ritmo de trabalho exaustivo, devido à grande demanda de pacientes. O hospital pesquisado “é referência para 400 mil habitantes, então lá é uma porta aberta para emergências traumáticas e não traumáticas, via o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e fora a referência dos outros 18 municípios que compõem a regional” (M1). O aumento da demanda e a superlotação nas unidades hospitalares, de acordo com Lima Júnior e Ésther (2001), é fruto não só do crescimento da população, mas oriunda de um conjunto de fatores, como o baixo número de hospitais,

principalmente de média e alta complexidade, estando estes, praticamente só em grandes centros, o aumento da violência urbana e dos acidentes.

De acordo com Alves (1996), as instituições hospitalares, que compõem a nossa realidade são locais de aglutinação de pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, assistidos por trabalhadores diversos, onde a rotina da unidade de urgência e emergência implica o agir imediato. O número de pacientes que irão necessitar de atendimento imediato é imprevisível, e faz com que a prática na emergência tenha um ritmo acelerado, expresso como correria. O quadro temporal é marcado pela urgência, pelo ritmo e pela jornada de trabalho extensa. Existe a pressão pela rapidez, pontualidade e regularidade na realização das tarefas, relacionada à alta demanda de trabalho e a corrida em benefício da vida (COSTA, 2006).

A pressão do tempo em um trabalho que pode se modificar ao longo da jornada, aliado ao excesso de atividades aponta uma forma particular de organização da produção. A diversidade das tarefas ao longo dos plantões dificulta a realização da sistematização do tempo e do atendimento, considerando que as atividades são diariamente alteradas em virtude das necessidades dos pacientes e de contratemplos, que causam desarmonia entre o ritmo e o tempo, não permitindo que se cumpra uma rotina ou planejamento. Essa situação influencia a forma de organização das atividades podendo gerar quadros de ansiedade na equipe considerando que desenvolvem um trabalho totalmente influenciado pelo taylorismo no qual o tempo é primariamente o da produção. Esta preocupação com o tempo é expressa na fala de dois médicos:

A família traz uma angústia ... Cobra de você uma solução imediata que às vezes você não consegue, você tem que exercer aquilo que você aprendeu (M2).

A emergência, por si mesma não é o *stress* maior é estressante sim. Mas a condução dos fatos pode piorar muito o nível de stress. Às vezes dá tudo certo. Não falta nada, dá tempo de tudo, às vezes não dá. Pode acontecer de um caso mais grave dar mais certo do que um menos grave. Por outro lado o menos grave complica e aí? Outro problema são os colegas, cada um tem uma atitude (M4).

Sobre este ponto o relato de dois enfermeiros é convergente ao dos médicos,

acrescentando a existência de cobrança excessiva o que gera tempo exíguo para a realização da tarefa:

A gente trabalha sobre de pressão também, principalmente nós enfermeiros, porque é pressão sobre, de um lado os médicos e do outro os técnicos de enfermagem, equipe de enfermagem, né? E quem trabalha ainda dentro da área de urgência e emergência é pior ainda, porque aí tem a pressão de ter que trabalhar rápido, ter que pensar rápido e agir rápido, porque um minuto, trinta segundos, faz muita diferença para uma vida (E3).

Na emergência eles cobram. Você tem que fazer o mais rápido possível. Chegou o acidentado já tem que mandar pra exame, já tem que coletar exame, já tem que preencher os dados, então você não tem um tempo muito longo. Só que você se habitua você acaba sendo treinado pra isso, né? A emergência é cada minuto um *flash* né? Tem que estudar muito. Primeiro porque a gente tem uma demanda de acidentados muito grande, acho que Rondonópolis deve ter o maior número de acidentes de moto do Mato Grosso (E4).

A quantidade e a complexidade de casos que podem dar entrada na unidade são fatores determinantes no estabelecimento de prioridade dada à agilidade nas ações de cuidado, ao considerar que o objetivo deste serviço de emergência é prestar o primeiro atendimento, ou seja, estabilizar hemodinamicamente o paciente e encaminhá-lo aos setores que deem continuidade na assistência necessária ou até liberá-lo. As ações são direcionadas pela equipe, para se tomar decisões quanto ao tratamento necessário, que envolve realização de exames, cirurgias, condutas terapêuticas, procedimentos diversos, permanência do paciente em observação, encaminhamento para UTI (DAL PAI, 2007).

Um estudo realizado em hospitais públicos constatou que vem ocorrendo um aumento crescente da demanda por parte da população em relação ao serviço de emergência, o que poderia estar causando para o trabalhador a intensificação do trabalho e favorecendo quadros de sofrimento e doenças, por estarem em contato direto com a dor e o risco eminente de morte. Constatou-se também, um elevado número de afastamentos por licenças médicas e que poderia ser determinado pelo aumento da carga de trabalho, pela escassez de recursos humanos, materiais e físicos comuns em unidades hospitalares públicas que prestam atendimento emergencial. O absenteísmo poderia ser justificado ainda pela necessidade de se afastar temporariamente da dor (ALVES, 2006).

Em relação ao número de profissionais, que são considerados poucos pelos entrevistados deste trabalho, o tempo fica ainda mais corrido. No depoimento dos entrevistados fica claro que a escassez de recursos humanos implica no aumento das exigências físicas e emocionais ao impor um ritmo ainda mais acelerado e intenso podendo intensificar os riscos de sofrimento físico e mental. Nesta subcategoria, os médicos e enfermeiros, concordam unanimemente. Dizem dois médicos:

Acho que, por ser um médico só, na clínica médica, eu acho que é insuficiente, o tempo, eu acho que se fossem mais profissionais, a gente poderia dar um atendimento melhor ao paciente e correndo o risco de errar menos. Por que quando você tem mais tempo você olha com mais atenção, você erra menos, fora que a gente já vem cansada (M1).

É pouco, é pouco sim, principalmente na clínica médica que recebe o maior número de casos (M5).

Um enfermeiro entrevistado completou:

Não a gente sempre trabalhou com o mínimo de pessoal, né? A gente sempre trabalhou com o mínimo de pessoal e isso, isso acaba, as tarefas elas não acabam sendo feitas da forma tecnicamente corretas às vezes por falta de material, por falta de espaço, de tempo hábil e tudo, tudo isso você acaba pulando etapas e num no finalmente não respeitando a parte técnica do a,b,c,d,e, f e assim por diante né? (E3)

Constata-se que nos setores de emergência, apenas são oferecidas condições de trabalho restritas ao mínimo o que faz com que a pressão sobre o trabalhador cresça diante das exigências da produtividade e da qualidade no trabalho (LIMA JÚNIOR, 1998).

A ausência de estratégias gerenciais eficazes faz com que os hospitais sejam envolvidos constantemente à medidas de redução de gastos e de melhoria da qualidade de seus serviços, onde as consequências da dificuldade das instituições incidem diretamente no trabalhador, nos baixos salários, na sua qualidade de vida, levando-os a assumirem vários empregos, expondo sua saúde, sacrificando seu tempo com a família e seu lazer (ALVES, 1996). Para os médicos:

A gente já vem sobrecarregada em razão que a gente não tem um emprego só, né? Então a gente já vem muitas vezes cansada de outra jornada exaustiva de trabalho de outros plantões em outros empregos então chega

ali e vem e pega aquela sobrecarga toda e corre o risco de errar bastante (M1).

Eu trabalho no meu posto de saúde que eu chego atendo meus pacientes e vou embora, eu trabalho na Pedra Preta que é ambulatório que eu atendo os meus pacientes e vou embora e tô cuidando do plantão de banco de leite, trabalho com mãe e consultório (M3).

Já os enfermeiros:

Manter um só emprego é utopia né? Porque você não consegue atingir uma renda pra você viver dignamente (E3).

Um dia talvez ela (a gestora) vai entender o que eu estou sentindo hoje, se ela for uma profissional bem dedicada e estiver cansada com cinquenta e cinco anos de idade e ela trabalhar em dois serviços. Porque a própria lei fala que a enfermagem não pode trabalhar mais que trinta horas. Então certo quem tem dois empregos trabalhar trinta em cada é o suficiente, se trabalhar em dois empregos, três já é você se suicidar né? Você já está se suicidando (E2).

Para Dejours, Abdoucheli; Jayet (1994) a organização do trabalho pode limitar a realização do projeto espontâneo, que permite ao trabalhador experimentar o prazer. É importante ressaltar que a organização do trabalho é entendida com a forma pela qual se ordenam e se coordenam as múltiplas tarefas, envolvendo as dimensões humanas, materiais e temporais. Neste estudo, verificou se que a organização do trabalho, não corresponde aos anseios dos médicos e enfermeiros do hospital pesquisado em poder realizar um trabalho que oferece qualidade aos pacientes.

Em relação ao planejamento foi opinado por médicos entrevistados que:

Eu, nunca fui consultada a respeito de planejamento absolutamente nada. Trabalho no hospital regional desde que abriu (M1).

Na verdade, as condutas são muito individualizadas, não existe um planejamento de trabalho não, isso fica a cargo de cada médico, né? isso é até um defeito das emergência porque, cada um assume o seu plantão, faz um tipo de conduta que acha que deve ser feita e num tem um momento de todos os médicos sentarem e discutir as condutas, isso não existe não, a conduta é individualizada (M5).

Sobre o quesito planejamento enfermeiros disseram que:

É teria que ser planejado, né? Mas nem sempre a gente conseguia por causa desse número pequeno de pessoas, porque o planejamento você tem que ter as pessoas que executam várias tarefas, e essas tarefas tem que ser realizadas de uma forma sistemática, né? E o planejamento ele é

sistemático, então se você não conseguir fazer isso sistematicamente não adianta você planejar que você não vai conseguir executar, então pra você planejar sem executar, então você acaba não planejando e fazendo conforme que iam dando mesmo (E3).

Normalmente não, normalmente a equipe de enfermagem fica fora desse planejamento, ou seja, se planeja lá pra depois ir lá avisar a equipe (E1).

Os serviços no âmbito hospitalar apresentam um modelo organizacional hierarquizado e verticalizado, presente no modelo clássico de gestão, que mantém a centralização do poder, e hierarquia rígida. Este modelo, presente nas unidades de emergência, o trabalho é absorvido pela hierarquização e a distância da gestão no que tange ao planejamento, das unidades que o desempenham (GODOY, 2009).

Em relação à cobrança dos serviços, os relatos são diversificados. Nos relatos dos médicos, verificou-se:

Na verdade a gente não tem muita cobrança em cima da gente, de alguém cobrando resultado, o resultado é mais, nós nos pacientes, você tem que mostrar resultado para os pacientes, não tem uma cobrança direta de superiores em cima de mim não (M5).

Só cobram, quando alguma coisa dá errado. Eu é que me cobro. Cobro dos outros também, se eu faço, todo mundo pode fazer. Eu cobro mais que sou cobrado, mas sempre tem uns espertinhos que acham que são melhores do que os outros e querem encostar (M4).

Já os enfermeiros manifestaram a seguinte opinião:

Olha, eu acho que até que nessa parte eu não sou muito cobrada, pelo menos eu nunca tive problema, nesse sentido não (E2).

Aqui a fiscalização é nossa mesmo, um colega cobra do outro. E funciona até bem, porque não fica tudo em cima de mim (E6).

Os estudos de Dejours (1992) a fim de buscar elementos para a compreensão da relação saúde-trabalho consideram as formas de organização do trabalho e as vivências do trabalhador diante delas. Neste sentido, o autor adverte que seja considerada a variável distância entre a organização prescrita para o trabalho e a sua real organização. A saúde (ou equilíbrio) depende desta distância a qual permite ou impede a mobilização da criatividade para intervir sobre as demandas do trabalho em prol da própria satisfação.

5.2.1.2 Condições do trabalho

Nesta categoria de análise foi evidenciado como núcleo de sentido uma situação de precariedade no ambiente ocupacional: **É um lugar precário. Tumultuado.**

Este núcleo está relacionado às condições de trabalho, envolvendo do ambiente físico, segurança, condições de equipamentos, instrumentos e material de consumo. Os entrevistados revelam insatisfação com o ambiente de trabalho ao considerá-lo inadequado dificultando a realização satisfatória das tarefas. Na percepção dos médicos a respeito do ambiente físico foi relatado que:

E a gente não tendo UTI pediátrica na cidade, tinha que ficar ali à mercê de Cuiabá, esperando vaga, isso pra mim que é o maior sofrimento, por quê? é uma criança que já tinha a indicação de um tratamento intensivo e eu não era intensivista, o primeiro atendimento, eu dava conta de fazer. Estabilizar a criança entendeu? Entubar, colocar no ventilador, hidratar... A partir daí o acompanhamento dela tinha que ser feito na UTI e a gente não tinha vaga e você ficava fazendo um tratamento de UTI num box de emergência misturado com adulto (M3).

Hoje, lá tá transformando, né? Eu vou falar que de quando você foi lá melhorou um pouco né? Em espaço, hoje apesar de não ser talvez o ideal, a gente tá tendo mais espaço pra acomodar os pacientes que antes ficavam na maioria das vezes em macas, hoje já tem alguns leitos, né? (M2)

O ambiente físico para os enfermeiros também não se mostra adequado ao funcionamento eficaz das tarefas, tendo sido relatado que:

De forma alguma, o ambiente totalmente inadequado, repouso inadequado, é um dos locais onde os pacientes ficavam era inadequado, sem divisória, todo mundo misturado, doença infecto contagiosa junto então tudo isso prejudicava muito o trabalho nosso, prejudica né? Nosso trabalho (E3).

Olha você conhece isto aqui. É um lugar precário, tem vez que é um tumulto pela falta de espaço. É gente sobrando, macas nos corredores, paciente misturado. Claro que não é adequado. Macas em corredores? Onde já se viu? Adulto misturado com criança? Acompanhante em pé? Pode? Agora até que melhorou, você viu lá né? Separaram os box, fizeram divisórias, mas não resolve tudo. Tem hora que tá calmo e organizado, mas ainda dá tumulto. Aquilo me incomoda. Não gosto de ver o paciente exposto, sem privacidade. Mas tem paciente que não pode misturar e sempre sobra maca nos corredores (E4).

O tumulto ao qual o entrevistado se refere, é o problema da superlotação nos locais de atendimento. Um fenômeno conhecido tanto por parte dos profissionais de saúde

como pela população. Esta questão tem se agravado principalmente nas instituições públicas, sejam hospitalares ou da rede básica. As consequências são as elevadas taxas de ocupação leitos de observação das emergências, o que provoca carência de recursos humanos, estrutura física inadequada e precariedade ou falta de equipamentos e de materiais para o atendimento. Desta forma, torna-se evidente a sobrecarga de trabalho e o sentimento de desperdício da vocação maior do serviço, que seria salvar vidas, bem como de subutilização do preparo técnico dos profissionais (GODOY, 2009).

As unidades de emergência são porta de entrada para a população em virtude do despreparo, desorganização e da falta de estrutura das Unidades Básicas, para atenderem o que se propõem, principalmente sem profissionais devidamente capacitados para atenderem pessoas acometidas por trauma decorrentes de acidente ou violência. Essa procura elevada por consultas médicas, muitas vezes desnecessárias, pois seria resolvida nos serviços de baixa complexidade, frequentemente em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis, e do envelhecimento da população.

Segundo Godoy (2009), outra questão observada é que o movimento nas unidades de emergência se intensifica nos finais de semana, por meio das avaliações feitas na triagem, os enfermeiros afirmam que cerca de 40% dos atendimentos limitam-se simplesmente à realização de exames para não trabalhar, o que é legítimo para o usuário, mas o lugar é inadequado. Segundo os médicos, ocorrem as seguintes situações:

Julgam que médico é o grande problema da saúde pública, como se a gente fosse lá e não se dedicasse à, pra atender os pacientes, enquanto eu estou lá eu não paro de trabalhar, corro o tempo inteiro pra atender o maior número de pacientes e com maior atenção possível, agora os próprios pacientes eles te prejudicam, né? Porque é legal ir no hospital, né? Eles não têm nada pra fazer, né? Num domingo vem pro hospital, né? Alguém realmente está precisando, tem uma fila, é feita uma triagem, só que até chegar a triagem, até passar na fila, tem que esperar e muitas vezes um paciente que não tem absolutamente nada ocupa a vaga de um paciente que necessita de tratamento (M5).

Para os enfermeiros a situação se mostra muito semelhante:

No sábado depois de meia noite, domingo depois do almoço nossa, a gente sofre, sexta á noite, já começa. E é escala, né? (E4)

E esse dia eu não esqueço, era um plantão de domingo e não esqueço, porque foi assim, a união da equipe foi muito grande aquele dia e se não tivesse a união aquele dia, a gente não tinha dado conta, não tinha mesmo, inclusive quando eu fui passar o plantão às sete horas eu quase apanhei lá fora ainda, sabe? Porque estava tão lotado, os corredores lotados e a coisa lotada e lá fora quando eu fui saindo, o pessoal falando que a gente estava abandonando os pacientes, estava indo embora e deixando os pacientes lá dentro (E1).

As unidades de emergência, conforme aponta Godoy (2009), configuram um cenário caótico em que se misturam problemas crônicos agudizados, emergências clínicas, politraumatizados e busca de medicamentos, como também todo tipo de sofrimento psíquico associado à condição de desfavorecidos da população e, assim, à condição social de desproteção e fragilidade. A respeito dessa consideração da autora os depoimentos de um médico e de um enfermeiro podem servir de ilustração:

Você colocava a criança numa emergência que tem adulto junto, né? Os boxes de emergência lá, eles não tinham divisória assim para isolar adulto e criança, então as vezes você colocava a criança num box que chegava em parada cardíaca ou que precisava de entubação e ventilação, e do lado tinha um esfaqueado, tinha um adulto atropelado, politraumatizado e você tinha que tratar junto. (M3)

De forma alguma, o ambiente totalmente inadequado, repouso inadequado, é um dos locais onde os pacientes ficavam era inadequado, sem divisória, todo mundo misturado, doença infecto contagiosa junto então tudo isso prejudicava muito o trabalho nosso, prejudica né? Nosso trabalho. (E3)

As emergências dos hospitais públicos apresentam um esgotamento que é facilmente visualizado pelas longas filas e constantes esperas por atendimento, pela impaciência legítima dos usuários, pelo grande número de pacientes internados de maneira totalmente improvisadas, em macas ou cadeiras nos corredores, seja pela grande busca do usuário no setor de emergência para resolução de problemas de baixa complexidade, como também pela crescente violência urbana. Esta situação deixa ao profissionais temerosos e inseguros, o tempo de espera, e a aflição com as situações que se apresentam, faz com que os pacientes possam ter os ânimos exaltados, o que atualmente se configura como mais um problema gerador de medo e insegurança para os profissionais que ali atendem (ALVES, 2006). Sobre isso dois médicos relataram:

Se você pega vários acidentes ao mesmo tempo. Aí complica né? Cada um, cada familiar acha que o seu caso é sempre o mais grave (M2).

Comigo não aconteceu nada, mas eu já vi colegas sendo agredidos lá dentro. Dá medo, né? (M3).

Sobre a insegurança os enfermeiros disseram:

É eu fico insegura quando tem criança e eu fico temerosa quando tem acidentes de grandes proporções, envolvendo muita gente que chega de uma vez (E4).

Com certeza né? Segurança nossa e a segurança do cliente também, fica comprometida (E3).

O perfil de morbimortalidade das grandes cidades retrata o fenômeno da violência no Brasil, afetando o financiamento e o desempenho do SUS. Isso fortalece ainda mais a necessidade de se estruturarem ações que busquem organizar uma rede de atenção integral às emergências, organizada, a partir do diagnóstico de necessidades sociais e da identificação de vazios assistenciais. Este quadro exige novas estratégias dos serviços de emergência e novas demandas de trabalho diante do quadro dos pacientes e do volume de atendimento (ALVES, 2006).

Ainda no quesito da segurança pode ser acrescentado o problema da violência que na opinião dos entrevistados, um médico e um enfermeiro, ultrapassou as portas do hospital pesquisado:

A segurança física sua não existe, né? Haja visto que já tivemos dois assassinatos dentro do hospital por que a pessoa entra e sai livremente, então depende do que quer dizer em relação à segurança, né? Porque a qualquer tempo a gente pode ser gente não tem (M1).

Bom se você olhar pelo lado de que já morreu um, já tentaram matar outro, já tentaram invadir várias vezes o pronto socorro, eu acho que não tem segurança nenhuma, entra quem quer, faz o que e como quer. Então um hospital que se tem várias entradas, um hospital onde se tem uma guarita, que não funciona, tá lá, porteiro tá lá só pra abrir e fechar portão, então são, é um hospital que não te dá segurança nenhuma (E1).

A fala em relação à segurança física é compartilhada por todos os entrevistados. Da mesma forma eles concordam em relação à segurança biológica. Conforme os médicos:

A gente tem a disposição os equipamentos de proteção individual que o hospital fornece até por que é obrigatório né? (M1)

Em relação a riscos biológicos, sim, os equipamentos, a gente trabalha né? com os equipamentos de proteção individual, que ajudam nesse sentido (M5).

Verifica-se uma constatação semelhante na opinião de dois enfermeiros:

Bom em termos, você corre o risco de qualquer jeito, né, porque quem trabalha na área de urgência e emergência, corre risco de qualquer jeito, porque às vezes você quer tanto ajudar uma pessoa, a vida de uma pessoa, que você esquece a sua própria, né, então o risco que você corre é bem maior de quem não trabalha dentro da urgência e emergência. Mas nós somos treinados e utilizamos os equipamentos de proteção individual, né? (E1)

Contaminação, isso a gente, nós temos uma CCIH⁸ bem atuante, que sempre faz treinamento com nossa lavagem das mãos, nós temos, recebemos todos os equipamentos de proteção individual, óculos, luvas, avental então com relação a isso é bem seguro (E4).

Estudos apontam os serviços de saúde, principalmente os hospitais, como aqueles que oferecem aos seus trabalhadores, as piores condições de trabalho, incluindo o ambiente físico (ALVES, 1991). Lima Júnior e Ésther (2001) e Lima Júnior e Castanha (2011), em suas considerações aponta os hospitais como ambientes nocivos à saúde dos seus trabalhadores, pelas contaminações biológicas, químicas, exposição a gases, vapor, poeira, manuseio de equipamentos radioativos, objetos perfuro cortantes, condições de iluminação, temperatura como fatores que podem causar doença e até mesmo a morte prematura dependendo da intensidade do contato dos indivíduos com estes elementos. Para este autor, trabalho, cuidado e risco convivem no ambiente hospitalar, constituindo o paradoxo por ele descrito ao afirmar que os hospitais, responsáveis pela manutenção da saúde da população, dificilmente se preocupam em promover e manter a saúde de seus funcionários. Segundo os médicos:

Olha, é complicado, o próprio médico fica exposto, a gente acaba perdendo o medo e se descuida, mas eu falo, médico quando adocece, geralmente é grave (M4).

Por vezes a gente atende quadros de infecção, meningite. Oferece risco oferece né?(M2)

⁸ CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Enquanto é dito por enfermeiros que:

E o funcionário né? A gente também tem que ser tratado com, além da gente ser profissional a gente é ser humano, nós também somos pacientes né? Ontem mesmo eu estive na Santa Casa por que não estava bem, hoje não estou muito bem tô até com atestado pra não estar trabalhando hoje, vim aqui hoje e não estou bem e é assim. Complicado né?(E2)

A nossa saúde, é assim vai adquirindo resistência, mas você tem que fazer a sua parte, e o hospital a dele, dormir bem comer nos horários nem sempre dá certo, então só Deus mesmo, mas se acontecer algum acidente aí você tem o hospital oferece exame, medicação, tudo, mas e as consequências? São suas né?(E5)

Alves (1996) argumenta que, geralmente, o hospital público não dispõe de uma gerência profissionalizada. A arrecadação por serviços prestados ao SUS é insuficiente para a manutenção de insumos básicos, como medicamentos, o alto custo da complexidade dos pacientes atendidos nas unidades de emergência e a necessidade de atualização tecnológica dos equipamentos, que segundo os entrevistados são “sucateados”. Desta forma, a organização do trabalho fica totalmente comprometida, potencializando as agressões ao trabalhador. São considerados insuficientes, os investimentos na aquisição de novos equipamentos, e a manutenção dos já existentes, é precária. Quanto ao material de consumo, existe falta e pouca qualidade. De acordo com os médicos:

E dar o mínimo de equipamentos necessários pra gente trabalhar, né? Por que não é um grande investimento a ponto de dar tudo o que a gente precisa, mas pelo menos o mínimo necessário eles estão providenciando, mas de dizer assim, olha você acha que assim fica melhor? Ou assado, como você acha? (M1)

Agora você consegue ter até oito lugares ocupados pela emergência, com aparelhos quase que de UTI mesmo, né? Aparelho de respiradouro, aparelho é... bombas de infusão, a equipe de enfermagem um pouco mais instruída, é... A impressão que a gente tem é que a gente tá sempre em modificação, evoluindo, a impressão é que as pessoas têm boa vontade de melhorar, né? E tá o ideal? Não tá o ideal ainda, né? A gente tem que almejar sempre o ideal, não pode é piorar, né?(M2)

E de acordo com os enfermeiros sobre a questão dos equipamentos:

Como eu te disse. Os equipamentos estão sucateados. O material de consumo, o estado sempre comprou o menor preço, né? Então a gente tem uma dificuldade muito grande com relação à qualidade. Existem alguns que

têm a qualidade muito boa quando dá sorte, mas a maioria das vezes é menor preço (E4).

Olha, nós já passamos bastante sufoco dentro do hospital por falta de material. E a gente tem que se virar, porque o paciente ta lá (E1).

Embora Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) considere que não existem condições de trabalho ideais, a interação entre o trabalhador e seu ambiente laboral, é um dos aspectos do contexto de trabalho definido por Mendes e Ferreira (2007), como as representações relativas á organização, às relações socioprofissionais, e às condições de trabalho, Estes autores consideram condições de trabalho como sendo a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis. De acordo com Mendes (2007) as condições de trabalho são tidas como elementos estruturais de suporte ao posto de trabalho, que funcionam de certa forma como estruturantes psíquicos se forem favoráveis ao desempenho do trabalhador e quando precárias exigem do indivíduo esforçar-se na capacidade de lidar com a realidade do contexto de produção.

5.2.1.3 Relações socioprofissionais

A análise dos dados nesta dimensão permitiu verificar que o núcleo de sentido pertinente diz respeito à desigualdade na distribuição de tarefas, às disputas e a falta de integração entre as categorias profissionais pesquisadas: **Nós cobramos deles e eles cobram da gente.**

Este núcleo se refere às relações sócio-profissionais e abrange a distribuição de tarefas, à integração e cooperação entre a equipe às disputas entre os profissionais, à comunicação e o acesso às informações. Com base nos relatos, os entrevistados demonstram dificuldade no entrosamento e cooperação entre a equipe, prejudicando a distribuição das tarefas, fator importante na organização do trabalho. A questão da distribuição de tarefas pode ser observada na fala de dois médicos:

Sabe, quando a gente fala paciente sem dono? O paciente não é de ninguém. Ele é do plantão ou é do hospital (M3).

Ninguém assume o paciente. Um empurra pro outro, mas todo mundo sabe de onde ele é (M5).

Sobre esta questão dizem os enfermeiros:

Ninguém deveria aparecer mais, que os outros, porque o trabalho é da equipe. Mas não é isso que acontece. (E4).

Eu fico aqui louca atrás de leito, faço tudo que posso para oferecer o melhor, mas mesmo assim o mérito não é nosso é de outros profissionais, certo? (E5).

Os aspectos de cooperação e coleguismo produzem efeitos positivos para o enfrentamento das dificuldades, que o trabalho produz e auxiliam para o não adoecimento do trabalhador, em situação inversa, há prejuízos relacionados à saúde para estes trabalhadores (FERREIRA; MENDES, 2003). Para estes autores, as dificuldades no relacionamento entre a equipe podem ser geradoras de tensão, estresse e desgaste. Em contrapartida, reconhecem que os elementos positivos na relação profissional, como cooperação, cumplicidade e companheirismo, podem favorecer a saúde e evitar o adoecimento dos trabalhadores.

Apesar dos resultados adversos neste estudo, estão presentes dois pontos de vista em relação à interação e a cooperação entre a equipe. Observa-se que no aspecto diretamente ligado ao salvar vidas eles expressam sentimentos de cumplicidade. Ou seja, no momento em que o paciente realmente corre risco de morte, a equipe trabalha com cumplicidade. Observam os médicos:

De forma integrada, não tem confusão O pessoal trabalha bem, trabalha assim, em harmonia. Isso aí a gente não vê esses conflitos, não. Existem, às vezes, conflitos entre eles, entendeu? Tipo assim o pessoal da enfermagem que é mais gente, às vezes um acha que tá fazendo mais que o outro. Mas assim na hora do atendimento em si, esse conflito a gente não vê, não. A gente vê o pessoal trabalhando em harmonia. A equipe trabalha bem, sem confusão (M1).

O colega que opera junto comigo nas cirurgias de emergência, nas cirurgias de trauma, ou no que a gente chama de abdômen agudo, geralmente é o mesmo e a gente se afina muito bem, num clima de cooperação mesmo (M4).

Neste sentido, dois enfermeiros completam:

Infelizmente, infelizmente, a equipe de enfermagem não é unida. Nós somos a força maior, nós temos o maior contingente de pessoas. Se uníssemos, ah, nós seríamos uma potência muito grande. Mas infelizmente não é assim, as equipes não trabalham juntas. As equipes, uma quer derrubar a outra né? Mas isso aí talvez aconteça com outras profissões também, né? Eu tenho esperança que nós não sejamos os únicos. Mas pra salvar uma vida, nesta hora, supera-se tudo. Mas pra salvar os pacientes em perigo, nessa hora todo mundo se ajuda (E1).

A equipe tem uma cumplicidade muito grande nessas horas (E4).

No que diz respeito à comunicação entre a equipe e ao acesso às informações, os pesquisados também têm percepções diferentes, embora a maioria considere que esta questão é insatisfatória e prejudica a qualidade dos serviços.

Na visão dos médicos:

Ah, isso é difícil. O pessoal da enfermagem é exatamente isso que eu falei. São dados vitais que eu quero que seja anotado de quatro em quatro horas e não é respeitado. Eu peço de seis em seis e vem de oito em oito, de doze em doze, se vem. (M5).

Ordens contraditórias existem, mas eu sigo o que eu considero certo. Ética, sigo as risca, não sei fazer diferente. Pode? Pode. Não pode? Não pode. Falo o que penso em relação ao trabalho ao meu trabalho. O resto só quando me perguntam. Não me envolvo com o que não é meu e eu não posso resolver. Agora, confiança não acontece da noite pro dia mas falo o que penso que tá certo. Não escondo nada, mas gosto de falar quando me perguntam (M4).

Para os enfermeiros, a visão pode ser assim observada:

São, na maioria das vezes por escrito, via comunicação interna ou memorando. Da coordenação para o enfermeiro assistencial e do enfermeiro assistencial faz uma reunião e passa pra equipe. As informações são passadas. Aí, as pessoas recebem e, muitas vezes, tá na defensiva, né? (E4).

Deficitária. O maior desafio das empresas hoje em dia, todas elas em qualquer setor é a comunicação, né? Uma empresa que tem comunicação efetiva, ela sai na frente de muita gente. Então a nossa comunicação lá entre os setores, entre as chefias, e assim por diante, ela é deficitária. Às vezes acontecia uma coisa de manhã que você não sabia à noite, que mudou de manhã e ninguém te passou a noite e isso atrapalhava o andamento do nosso trabalho (E3).

Observou-se que existem desconfortos na convivência profissional no cotidiano de

trabalho da equipe de atendimento emergencial do hospital pesquisado, relacionados à falta de integração e a ocorrência de disputas entre eles. De acordo com Gaulejac (2011), o acirramento da competição é uma característica marcante do mundo contemporâneo.

Segundo os médicos:

É, mais uma vez depende. Tudo depende da equipe que você está naquele dia, né? E eu acho que isso aí depende de cada um fazer um bom relacionamento no ambiente de trabalho que você tá. Nunca tive problema, não, mas eu deixo bem claro que eu respeito a profissão deles e sei qual que é a função deles. Mas sei a minha também. Quero que seja respeitado, então, naquilo que for solicitado da parte deles que cabe a mim fazer. Eu faço com a maior boa vontade e, empenho, pontualidade, e espero isso, o mesmo deles e como eu tenho uma relação bem franca, honesta e posso falar cordial com todo mundo, nunca tive esse tipo de problema, não (M5).

Tinha trabalhado antes na Santa Casa, mas era uma cooperação. Não tinha competição. E no regional eu senti essa competição desde o momento que o plano de cargos e salários do Estado igualou o salário de todo mundo. Os enfermeiros achavam que tinham que dar ordem pra médico, contestar médico, ir contra médico, ficar vigiando médico. Lá, a rivalidade de enfermeiro com médico, eu nunca vi em lugar nenhum (M3).

Os enfermeiros relatam seus pontos de vista:

Tá muito, assim, uma centralidade no médico. E o trabalho é da equipe. Hoje, hoje o hospital já está passando por isso, e muito, sabe? Onde há todos os outros do hospital, eles estão meros profissionais, meros profissionais, sabe? (E1)

Só a palavra do médico vale, sabe? O próprio enfermeiro não se coloca. Já vem de uma dificuldade de formação. Ele já vem historicamente de uma questão de falar “sim senhor” e “não senhor” pra outras profissões, então isso dificulta muito o crescimento a evolução da profissão em si, né (E3).

A organização do trabalho ultrapassa as questões técnicas e vai além das normas, regras e regulamentos. Mas é também um complexo jogo de relações sociais de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, JAYET, 1994). O surgimento da burocratização dos serviços de saúde consome parte do tempo da equipe, diminuindo, assim, o tempo de dedicação aos pacientes. A organização do hospitalar tem transformado o enfermeiro em especialista administrativo, e a expectativa dos médicos se expressa na relação entre a prática hegemônica médica e as demais práticas sociais. O trabalho médico apresenta-se determinante e dominante do processo de trabalho em saúde, que, por sua vez, foi dividido, cabendo ao enfermeiro mais qualificado o

trabalho mais intelectual, que o distancia do cuidado direto com os pacientes, gerando nestes profissionais uma sensação de “faz tudo” quando, em verdade estão gerenciando conflitos para superar deficiências de infraestrutura (ALVES, 2006).

Para Brito, Penna e Alves (2004), o enfermeiro se distancia do cuidado direto dos pacientes para fazer administração, mas se ressentido por estar ausente da assistência, que constitui o objeto central de sua formação. A importância conferida ao médico e a delimitação de seu trabalho, do qual não se distancia, envolvem de poderes e saberes diferenciados, mas que geram conflitos, que se perpetuam nas unidades de trabalho. De acordo com Alves (2006), cada profissional possui seu papel definido dentro da equipe e a constante integração entre eles é necessária para que as demandas do paciente sejam supridas. A qualidade da assistência prestada aos usuários depende do entrosamento entre a equipe. O compromisso compartilhado de ações e saberes entre os profissionais é imperativo para que o trabalho seja realizado de forma harmoniosa em direção a um objetivo comum: o paciente.

Essa mesma autora considera que o trabalho em equipe vai além do estar junto. A integração de diferentes categorias profissionais e de seus respectivos ramos de conhecimento torna-se fundamental para que a assistência ao paciente seja oportuna e livre de riscos. Neste sentido, é preciso que os profissionais enfrentem as adversidades. A atuação conjunta e articulada entre os profissionais de saúde “médicos e enfermeiros” constitui uma possibilidade de melhoria em relação ao atendimento prestado no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde. A colaboração exige envolvimento e o desejo de resolver as situações conflituosas e de superar as dificuldades (ALVES, 2006).

Os relatos anteriores sugerem a constante luta pelo poder à qual se refere Pagés *et al.* (1993). Na visão de La Boétie (1999) o comportamento de disputa se constitui em um processo de servidão voluntária, em que onde se vislumbra a participação do poder e as pessoas direcionam seus sentimentos em benefício do poder ou de vantagens dentro das organizações. Dessa forma, verifica-se a presença de conflitos entre os entrevistados, o que caracteriza relações socioprofissionais conturbadas e geradoras de sofrimento. O confronto entre os profissionais esvazia os

relacionamentos e enfraquece a cooperação na unidade de emergência do hospital pesquisado, intensificando as vivências de sofrimento, desfavoráveis à saúde ocupacional.

Em sentido oposto à integração encontra-se o individualismo no trabalho. Na perspectiva de Dejours (1992), o mundo do trabalho sofre de patologia da solidão e o sofrimento começa quando o trabalhador não percebe em seus esforços a satisfação de suas necessidades sócioafetivas, quando não percebe reciprocidade entre ele e a organização.

É conveniente ressaltar a característica da própria medicina e suas especializações. Nas unidades de atendimento emergencial e também do regime de plantão os profissionais não dão continuidade ao atendimento do paciente, que termina com o fim do horário do plantão. Assim, o profissional se sente frustrado com a descontinuidade de seu trabalho. A divisão social e técnica do trabalho individualiza os homens diante do sofrimento. De acordo com Dejours (1992, p. 39), “o trabalho taylorizado engendra definitivamente, mais divisão entre os indivíduos do que pontos de união”. A solidão e o isolamento no trabalho, pelas relações enfraquecidas, acentuam a vivência do sofrimento e a vulnerabilidade às doenças.

Essa descaracterização e essa desumanização do atendimento médico têm consequências diretas na saúde dos pacientes e dos médicos. O modo de agir individualizado, em que a autonomia do profissional é engessada por normas e regras, agrava-se no caso do atendimento médico, que divide e subdivide o paciente em especialidades e subespecialidades, devidos aos avanços tecnológicos e à competitividade do mercado. Esta tendência de fragmentar cada vez mais as tarefas nas unidades de emergência avança no sentido de fragmentar progressivamente mais o processo de realização de trabalho, de acordo com Lima Júnior e Castanha (2011). Esta situação vem ao encontro das características da sociedade contemporânea que tende ao individualismo e soma-se ao fato de que conforme Dejours (1998) estamos vivendo uma crise de solidariedade, em que impera o “cada um por si”. Conforme se verifica no relato de um médico:

Venho aqui, faço a minha parte. Se me pedirem, eu colaboro. Fiz esta opção pra evitar problemas (M4).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a divisão do trabalho é determinada por vários aspectos, como: divisão de tarefas entre os componentes, repartição, cadência e modo operatório prescrito, divisão dos homens, repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle. Segundo esses autores, a divisão do trabalho, somada ao modo operatório, instiga o sentido e o interesse do sujeito pelo trabalho e a divisão dos homens baseia-se no relacionamento entre as pessoas, mobilizando sentimentos afetivos, como amor e ódio, amizade, confiança e solidariedade. Os efeitos da divisão do trabalho têm como alvo principal o corpo dos trabalhadores, podendo dessa forma desencadear desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Por outro lado, a divisão dos homens atua no funcionamento psíquico, pois as pessoas não são iguais. Assim, surgem a frustração e a insatisfação dos trabalhadores da unidade de emergência.

5.2.2 Custos do Trabalho

Esta dimensão avalia os custos humanos no trabalho, relacionada ao dispêndio de esforços de natureza física e cognitiva: **O seu pensamento está sempre em alerta**

Neste núcleo, os relatos revelam o que Mendes e Ferreira (2007) consideram “custos do trabalho”. São custos de natureza física e cognitiva. Neste núcleo, os entrevistados também fazem correlações entre custos físicos e cognitivos, considerando que eles estão associados ao que gera cansaço e esforço em ambos os níveis.

5.2.2.1 Custos físicos

Os custos advindos da relação homem/trabalho podem se dar no nível físico. Os efeitos do uso do corpo, útil e disciplinado, conforme Foucaut (1996), em de uma determinada organização de trabalho, podem resultar em patologias, cujos sintomas podem ser o cansaço e as dores musculares, dentre outras, que sinalizam a relação inadequada entre o trabalhador e o contexto organizacional em que as condições são ergonomicamente precárias.

Os entrevistados expressam em suas falas o que sentem e como os custos físicos advindos do trabalho na unidade de emergência se relacionam com sua atividade laboral.

De acordo com os médicos:

O que desgasta mesmo fisicamente, não é o trabalho de força momentânea, eu acho que é o período inteiro. Você ficar cansado de ficar em pé. Você levanta, senta, atende, vai lá massageia, volta, atende outro, e essa rotina que chega no final do plantão você tá cansada, as pernas cansadas, o pé cansado, as costas cansada. É a tensão né? Você fica o tempo inteiro sob tensão. Então isso aí cansa (M1).

No meu caso é ficar em pé, principalmente em cirurgias demoradas e trabalha sempre com esforço preá coluna, né? (M4).

Os enfermeiros observam assim:

Bom, uma coisa que eu sempre vejo, que a gente sempre, se dá conta e está diante dele é com o esforço físico com o peso dos pacientes, né? Alguns pacientes, principalmente as pessoas doentes que estão. Inconscientes, o peso dela dobra (E1).

Peso. Peso. Quando você tem que carregar os pacientes. O desgaste intelectual, eu sempre vejo como aprendizagem mesmo, porque aqui, quem não sabe acaba aprendendo, pelo número de casos que a gente atende (E4).

Outro fator observado no relato dos entrevistados e que é considerado por Ferreira e Mendes (2003), como dano físico está relacionado às alterações no sono, observadas pelos profissionais.

Conforme um dos médicos:

Você já tem um nível de stress acima do normal. Quando você é acionado aumenta um pouco mais. Às vezes você tem que operar em horários inconvenientes para o seu corpo, né? De madrugada, e cuidar de todos esses pacientes que estão internados. E depois, no dia seguinte, você tem que ter uma vida normal, trabalhar normalmente igual você trabalha como tudo e ser a pessoa que é na sua família, né? E, muitas vezes, você cansa né? Realmente o organismo ele sente. Talvez não sinta o primeiro plantão, nem no segundo, mas com o tempo de trabalho a gente percebe que com os anos de vida você já não é mais o mesmo igual era antes, né (M2).

E completa um enfermeiro:

Eu comecei a ter muita labirintite, muito cansaço mental e tal. Tava muito difícil a concentração, stress, ansiedade do próprio trabalho, então, assim não é como você ir num baile se divertir, passar a noite se divertindo, dançando, quem trabalha à noite, é um direito de a gente descansar. Uma hora, é muito pouco pra um profissional que tá ali preparando uma medicação. Pode confundir uma medicação com outra infelizmente porque o sono, por mais que você durma durante o dia, gente, não é igual ao sono da noite, né (E1).

O conflito entre a economia psicossomática (esforço para equilibrar a saúde e os esforços do trabalhador) e a organização do trabalho potencializa os efeitos patogênicos das más condições físicas, químicas e biológicas do trabalho. A organização do trabalho é causa de fragilização somática, na medida em que bloqueia os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às suas necessidades e a sua estrutura mental. Dessa forma, o sofrimento é considerado um fenômeno tipicamente relacional entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente, refletindo um conjunto de respostas e reações do organismo (RODRIGUES; GASPARINI, 1992).

5.2.2.2 Custos cognitivos

O trabalhador necessita permanecer em estado de esforço mental e concentração constante, pronto para resolver problemas inesperados e usar a criatividade para enfrentar os desafios intelectuais.

Conforme os médicos:

Você fica com aquela sensação de que qualquer coisa vai chegar a qualquer momento, né? Você não consegue desligar. O SAMU pode chegar a qualquer momento ou acontecer qualquer coisa com algum paciente que já esteja no hospital. Isso te coloca num estado de tensão e de alerta. Tudo te exige uma linha de pensamento contínua e rápida sem erro. Você se desgasta muito nesse ponto de vista não você não relaxa o seu pensamento tá sempre em alerta, de noite, de dia (M1).

Testamos todos os ventiladores da emergência, testamos todas as saídas de oxigênio pra ver se era problema na saída. Entrei em contato com a médica de Cuiabá, a reguladora que é uma intensivista, troquei ideia com ela, tudo certinho. Tava fazendo tudo certinho, e essa criança não respondia, não respondia, passei a madrugada inteira ambulando essa criança, revezando eu, o físico e a enfermeira pra passar o plantão às sete horas da manhã sem conseguir ventilar e esperando vaga em Cuiabá (M3).

Às vezes você tem que operar dois pacientes ao mesmo tempo (M2).

Conforme três enfermeiros:

Então, ao mesmo tempo que você está tranqüilo, pode estourar alguma coisa, pode aparecer várias, vários, várias ocorrências, vários pacientes, né, que, que podem mudar toda a rotina do local, do seu trabalho, né. Assim, a profissão, a minha profissão, eu acho muito gratificante, muito exaustiva, tanto na parte física como na parte mental também (E1).

Chego em casa tão cansado que não quero saber de cursos, nem estudar (E3).

Quando chego em casa, meu cansaço é tanto que eu só quero dormir (E2).

Outra exigência que requer esforços intelectuais é a necessidade permanente de acompanhar as inovações tecnológicas, os aparelhos sofisticados, o surgimento de novas técnicas de intervenção e procedimentos na área da saúde.

Como se pode observar nas falas de médicos e enfermeiros:

Em relação ao trabalho, eu já tenho bastante experiência. Já adquiri uma certa segurança, embora que medicina é assim, nem sempre, nem nunca, né? Mas já vivi muitas situações complicadas, complicadas mesmo tá na sua mão, você tem que resolver. A gente acaba aprendendo muito, principalmente em situações difíceis. Mas, felizmente, a maioria dá certo. Tenho medo é de erro dos outros com relação ao meu trabalho. Não gosto de consertar erro dos outros. Nunca dá certo (M4).

Na verdade, a gente tem que aprender a trabalhar com o que a gente tem, né? Em serviços públicos, não tem acesso, o material não é de ponta, determinados tipos de exame o hospital não pode oferecer, alguns medicamentos também que são mais caros, a gente não tem acesso (M5).

A sobrecarga de trabalho ela é muito intensa em cima do profissional nesses casos. Então, às vezes, a equipe tem que ser muito boa muito sincronizada pra saber a seqüência. Às vezes, porque quando você está sobrecarregado de trabalho e de tarefas, às vezes, até lembrar pra que na hora do momento que precisasse no stress cada um soubesse aquilo que teria que fazer. Mas não era uma forma sistemática de ser feita. A gente às vezes contava mesmo com a experiência dos profissionais, e não do planejamento do assistente como um todo. Por ter um número pequeno de pessoas, a gente sempre acabava ficando sobrecarregado, sempre. Quando estragava um equipamento, por exemplo, o tomógrafo, se não conseguia fazer tomografia na emergência tinha que sair pra fora do hospital com o paciente. Então, assim, isso tudo prejudica o nosso trabalho lá (E3).

A gente acostuma com emergência. A gente aprende, e eu, se não souber, peço ajuda, peço mesmo. Mas a gente vai aprendendo. É claro que sempre tem coisas novas, mas, mesmo assim, a experiência ajuda (E5).

A discrepância entre o prescrito e a realidade concreta da situação conduz ao pensamento de que trabalhar significa preencher a lacuna entre o prescrito e o real, que é preciso para alcançar a meta. Não tem como ser previsto antecipadamente. Há um caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real, em que o sujeito trabalhador tem que descobri-lo. É uma construção processual e individual. Para Dejours (2004 d), o trabalho se define como aquilo que o sujeito pode acrescentar às prescrições para que sejam atingidos os objetivos que lhe são atribuídos, ou seja a contribuição que ele pode oferecer de si mesmo para acrescentar seu saber naquilo que não funciona quando ele se depara escrupulosamente com a execução das prescrições. Em busca de novas soluções, o trabalhador deve recriar a tarefa, que implica a possibilidade de transformar o trabalho. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), essa ação, apesar de não ser deliberada pela organização, ela é exigida pela própria lógica da organização do trabalho.

5.2.2.3 Custos afetivos

Esta dimensão se relaciona aos custos humanos de natureza afetiva, definida como o dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas em consequência das práticas laborais: **É a escolha de Sophia**

Este núcleo se relaciona aos custos afetivos enfrentados pelos profissionais, principalmente a angústia, quando envolve a necessidade de escolher a respeito da vida dos pacientes. O que denomina o núcleo é a fala de um dos entrevistados, M1, fazendo alusão ao filme em que Sophia, uma mãe, é obrigada, escolher qual de seus dois filhos iria morrer, não lhe restando outra opção.

Há também o desafio da necessidade de controle emocional que o profissional da emergência precisa ter diante de situações constantes de sofrimento e dor que chegam neste setor. Segundo Ferreira e Mendes (2003), essas questões se enquadram no que chamam de “custos afetivos”, bem como na necessidade de se fazer escolhas difíceis e dolorosas por se tratarem de vidas humanas, no enfrentamento do sofrimento, da dor e da fragilidade no convívio com realidades chocantes do ponto de vista psicológico, em que os médicos relatam:

Tem gente que chega bastante desfigurada, né (M2).

Chega criança lá, nó! É cada cena que a gente já viu ali, criança com ferro enfiado na cabeça, com ferro enfiado na barriga, criança com perna amputada (M3).

E os enfermeiros confirmam:

A gente não tem só que tirar a dor. Você dá apoio, conforto (E2).

Eu tenho certeza que quem trabalha dentro da urgência ou emergência como eu e as outras pessoas, é isso que chama atenção, é o imprevisto, é você não saber o quê que está te esperando, é você saber que a cada minuto é uma coisa diferente, é uma ação diferente, sabe? É um acontecimento que não é o mesmo todo dia, a toda hora. Então, cada minuto é uma coisa diferente, então é esse imprevisto é que chama a atenção da gente que exige muito, mas muito controle emocional, porque naquela hora você tem que pensar corretamente e se ficar nervoso, vai é prejudicar. Na hora você tem que ser calmo (E1).

De acordo com Lima Júnior e Castanha (2011), os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e do cuidado. E, mesmo em conjunto com a equipe de saúde, é o tomador de decisões no que concerne aos serviços prestados ao paciente, principalmente aqueles considerados em estado grave. Essas decisões, geralmente, trazem uma carga de angústia muito grande, embora devam estar pautados por critérios éticos, os profissionais não ficam livres de sofrimento. Eles relatam a dificuldade em tomá-las, e como se pode observar pelas falas dos médicos:

Você tem um leito só de UTI. Quem você vai levar? Você leva o que tem melhor prognóstico, né? Seria aquele que poderia se beneficiar mais de um tratamento desse tipo, mas... porque é a escolha de Sophia (M1).

Você quer resolver o problema de todos eles mas as prioridades, né? (M2).

A capacidade de inventividade, disponibilidade e criatividade para diminuir a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito nas unidades de emergência, permeada pela pressão de tempo e esforço, diante da expectativa do resultado final, permite aos trabalhadores transgredir regras e regulamentos para poder executar o trabalho. Só que isso não ocorre sem riscos. Recriar a tarefa implica a possibilidade de transformar o trabalho de acordo com determinados limites. O fato de transgredir as regras, e o sujeito o faz conscientemente, suscita necessariamente para ele preocupação e angústia. Para ele sua infração não pode prejudicar a ninguém. A

vantagem é para a qualidade do trabalho. Mesmo assim, o operador não será beneficiado, pois este manifesta angústia e sofrimento por ter que fazer tal opção. A verdade é que nem médicos nem enfermeiros passam por essas situações sem dificuldades. Essa ação, apesar de não ser deliberada pela organização ela é exigida, segundo Dejours (1994, p. 106), “em certa medida pela organização do trabalho e sua própria lógica”. É pertinente ressaltar que, em se tratando de vidas humanas, essa ação assume um peso para o trabalhador.

Neste sentido o relato a seguir expressa essa angústia, conforme um dos médicos:

Olha, eu, por causa de um paciente, minha filha, eu desabo um hospital na cabeça de quem for, entendeu? Então, não me peça pra fazer alguma coisa que alguém vai sair em prejuízo por que nem precisa me pedir. Nem precisa me tentar por que é “não” e é um sonoro “não”, né, por que eu acho assim que cada um que tá ali, ele tem, na hora que eu olho um doente, eu sei que ele tem mãe, tem pai, tem filho, ele tem alguém que gosta dele, né? Então, nada nem ninguém desse mundo é capaz de me fazer uma ação que coloque em dúvida os princípios éticos profissionais que eu escolhi pra mim, né? Isso aí é uma questão que nem que eu não fosse médica, isso aí é questão de ser humano. Então nesse ponto, assim, que existe situações que você fala assim, que escolhe ou é esse, ou é esse, e, né (M1).

Os trabalhadores seguem o quanto for possível as prescrições e as normas de procedimento para executar suas tarefas. Frequentemente, pode ocorrer que uma parte da realidade se apresente na forma de “resistência” às prescrições. Ou seja, trata-se sempre de uma situação inédita, imprevisível que os coloca em xeque. O trabalhador encontra-se nesse momento diante de um impasse: de um lado, a organização “espera” que ele cumpra o previsto; de outro, se ele seguir a prescrição não dará conta da nova situação. A única saída seria lançar mão da trapaça. Ele deve recriar a tarefa, adaptar-se às condições do trabalho, e não simplesmente trapacear. Dejours (1994) adverte que esta opção pode não ser conveniente, pois o trabalhador não atingirá uma estabilidade psíquica, minimizando o sofrimento causado pelas situações de trabalho geradoras de conflito. Pode recair sobre ele o desconforto e a culpa pela transgressão e iniciativa do ato.

Os entrevistados expressam estes conflitos, como diz um dos enfermeiros:

É porque, assim, a única coisa que, assim, que ta, que eu não concordo também é o nosso repouso. Quem trabalha à noite, é um direito de a gente descansar. Uma hora é muito pouco pra um profissional que tá ali

preparando uma medicação e pode confundir. Foi tirado da gente e feito um repouso lá embaixo, um repouso comunitário, onde jamais você pode deixar o seu setor e descer lá embaixo pra descansar. Não concordo com isso. Isso, então, eu acho que é antiético né? É e a gente abandonar os pacientes lá em cima e descansar lá embaixo. O enfermeiro, ele tem que estar próximo dos pacientes. Então eu acho que... Eu não tenho coragem de descer. Eu falei pra C, inclusive: "Não tenho coragem de abandonar os pacientes e descer lá em baixo". Por quê? Se um paciente parar lá em cima, é o enfermeiro que conduz a equipe para salvar aquela vida. Se o enfermeiro não tá ali, se acontecer alguma coisa e o enfermeiro tá ali, ele conduz, ele fez tudo, consciência tranquila, não é verdade? Você fez a sua parte. Agora, gente, eu não iria me perdoar nunca se eu soubesse ai você tava descansando, o paciente parou, não deu tempo de salvar, entendeu? Humanização é você tá próximo do paciente, mesmo que você esteja descansando. (E2)

No cotidiano de trabalho, principalmente em hospitais, e mais especificamente nas unidades de emergência, os conflitos advindos da distância entre o real e o prescrito só podem ser intermediados por meio do "bom senso", da sabedoria e da competência. A distância entre o real e o prescrito não decorre das imperfeições do modelo organizacional ou do esforço em aperfeiçoar as regras. A distância entre o prescrito e o real é uma determinação ontológica, na qual se incluem o imprevisto e a novidade das situações, e se exige a criatividade humana (LIMA; BARROS, 2007).

De acordo com a fala de um dos médicos, pode-se perceber esta questão, que para eles é um dilema:

Assim, já aconteceu de ter paciente, de ter o caso de eu tá na UTI, no final de semana, e acabar um antibiótico, que a bactéria era sensível só àquele antibiótico, e ter três tomando, né? Ah! Você vai ter que escolher qual dos três. Eu, não. Quem vai ter que escolher são vocês! Ou você dá providência por que está prescrito, ou vou fazer o maior barraco aqui dentro desse hospital se o remédio não estiver aqui na hora de ser administrado. Eu vou chamar a televisão, eu vou chamar o promotor, eu vou chamar o delegado, você pode providenciar, porque eu não alivio o de ninguém. A obrigação de vocês é providenciar o remédio, pra que eu passe no paciente. Não me interessa. Peça emprestado, compra, se vira, mas que o doente vai tomar, ele vai, porque senão promotor vai ter que vir aqui e alguém vai se responsabilizar por isso. No meu dia tem. (M1)

Chegou o remédio, porque eles sabem que eu faço mesmo, e eu não me escondo atrás de nada anônimo. Eu vou lá, eu falo: "Não, eu não tô fazendo como "plantoneira", como cidadã, porque se um dia adoecer ou alguém da minha família, entendeu, eu quero ter certeza absoluta que vai ter o remédio lá pra tomar". Então eu já precisei tá lá na UTI. Tinha tudo que eu precisava, e eu tenho que garantir que o outro tenha também. Se eu que tô lá não garanto, isso quem é que vai garantir? O que não tá vendo? Tem que ter. Não tem desculpa né? A vida dos outros não é brincado, e a gente não tem que tá substituindo as coisas porque o outro não comprou na hora certa ou não pagou o fornecedor. Problema! Não fez o dever de casa? Então, agora se vira. Corre atrás do atraso e me traga o que eu não escondo

debaixo dos panos. E eu não acho ruim isso, não, porque na hora que eles sabem que sou eu no final de semana, no meu dia eu já ligo na sexta à noite: "Olha, tem o remédio pro final de semana inteiro, tem?" Não, porque se não tiver, você começa procurar agora, porque senão o barraco vai armar nesse final de semana, entendeu? Já pode olhar na escala de plantão, porque eu não sou pacífica. (M1)

O trabalho na sociedade capitalista, na perspectiva dialética, articula as dimensões subjetivas e objetivas da vida cotidiana. Esse ajuste à organização deve ser transparente, para que a equipe se estruture, criando uma relação de confiança, sem a qual não haveria coletivo e muito menos cooperação no trabalho. A confiança permite estabelecer a transparência necessária para que se possa começar a discussão sobre as ações fora das regras em unidades de atendimento em emergência. (MARTINS, 2008)

Diante do contexto de escassez de recursos, característica própria dos hospitais públicos, os profissionais de saúde, principalmente nas unidades de emergência, o cotidiano destes setores é marcado por uma infinidade de problemas que fogem ao trabalho prescrito estabelecido pelas normas organizacionais e que de acordo com Dejours (2003), suscitam a "inteligência astuciosa", mobilizada diante de situações inéditas, do imprevisto. Sua competência é a astúcia enraizada no engajamento do corpo, às exigências da tarefa, remetendo à sensibilidade analisada no conceito de atividade subjetivante. Assim, o trabalho implica-se no processo do saber-fazer, no engajamento, na mobilização da inteligência, na capacidade de refletir, de reagir diante das situações que ora se apresentam.

5.2.3 Sentido do trabalho

Esta dimensão se refere às vivências de prazer e de sofrimento pelo trabalhador ao desenvolver sua atividade ocupacional.

5.2.3.1 Vivências de prazer no trabalho

O núcleo de sentido relativo às vivências de prazer se associa à identificação, à forma como são reconhecidos e valorizados por seu trabalho e à maneira de os indivíduos expressarem livremente e realizarem profissionalmente: **Eu gosto de fazer a diferença.**

Neste núcleo, os entrevistados relatam sua identificação com o que fazem, sua motivação em relação ao trabalho, a realização profissional, a liberdade de expressão e a confiança entre os colegas. Este núcleo também apresenta unanimidade nas respostas dos entrevistados. Todos eles expressaram o gosto e o prazer com sua profissão.

Para Lhuillier (2011) a atividade do trabalho possui caráter fundamentalmente social. É “sair de si”. O trabalho é realizado com os outros e para os outros. O trabalho libertador, que viabiliza a realização pessoal, é aquele em que o sujeito trabalhador consegue atribuir-lhe sentido reconhecendo-se naquilo que faz e imprimir sua marca. É no trabalho que o sujeito encontrará os elementos que vão participar da construção de sua identidade. (BARROS, 2009)

Ainda neste sentido, Clot (2011) relembra a definição de saúde proposta por Ganguillhem⁹ (2002, p. 68): “[...] fico bem na medida em que me sinto capaz de portar a responsabilidade por meus atos, de portar as coisas da existência e de criar entre as coisas relações que elas não teriam sem mim”. Trata-se, por conseguinte, do desenvolvimento de agir sobre o mundo e sobre si mesmo.

De acordo com Dejours (1994), um trabalho escolhido livremente oferece, geralmente, as vias de descarga mais adaptadas à necessidade do indivíduo o trabalho torna-se um meio de relaxamento, às vezes, a tal ponto que uma vez terminada a tarefa, ele se sente melhor do que quando a iniciou, como é o caso do artista, do pesquisador ou do cirurgião.

As sensações relacionadas a estas experiências de prazer são relatadas por dois médicos:

Então, eu chego sempre sorridente. Eu gosto de atender bem os pacientes. Gosto que eles saiam satisfeitos, entendeu? Gosto de fazer a diferença, de tratar bem, pra que eles saiam dali se sentindo especiais, né, que ele não foi mais um, (M1)

Sou cirurgião. Faço isso com prazer, com orgulho e muita responsabilidade. Sou feliz. Adoro cirurgia. Acho que faço bem. (M4)

⁹ GANQUILLHEM, G. **Ecrits sur La médecine**. Paris: Seuil, 2002.

Os profissionais das unidades de emergência apresentam uma sólida integração com o local de trabalho, absorvendo o conteúdo que é apresentado para desempenhar suas funções, interiorizando-o, tornando-o seus. Por meio dessa identificação com o trabalho, médicos e enfermeiros são capazes de identificar a si mesmos no cotidiano de trabalho. Se lhes for permitido escolher suas atribuições ou reforçar rituais de trabalho, de certa forma, estariam contribuindo positivamente para garantir sua identidade com o trabalho (BRITO, 2004).

Revelam as falas dos enfermeiros:

Eu adoro falar que sou enfermeira. Eu não saberia fazer outra coisa. Eu acho que nasci mesmo pra isso. (E4)

Com tudo isso amo estar aqui. Foi isto que eu escolhi pra mim. O desafio, a adrenalina de um paciente grave é o que me motiva sair de casa. Sei que estou contribuindo no resgate das vidas. Acho que sou reconhecida, sim. Me sinto valorizada e me valorizo. Sei que a minha equipe confia no meu trabalho, e isso ajuda muito. Especializei-me nesta área e gosto de estar aqui e praticar o que aprendi. (E5)

Deve se considerar, todavia, que a organização do trabalho delimita as atribuições dos trabalhadores, caracterizando as tarefas a serem desenvolvidas por eles. Assim, é bom lembrar que o trabalho é pensado por uns e elaborado por outros, resultando em alterações na subjetividade daqueles que realizam as atividades demandadas pela organização do trabalho. As vivências de prazer adquiridas com o sentido do trabalho se enfraquecem (BRITO, 2004).

Como se pode conferir, nesta pesquisa, esta questão é relatada por um médico e também por um enfermeiro:

Eu gosto da medicina. Eu gosto de pediatria. Amo o que eu faço, mas a medicina que eu acredito não é essa. (M3)

Nessas condições, do jeito que tá, não me sinto realizado (E3).

Na fala dos entrevistados, verifica-se que, apesar da rigidez da organização e da má estruturação do trabalho, eles continuam expressando seus sentimentos. Segundo

os profissionais, médicos e enfermeiros, eles optam por expressar suas opiniões mesmo que a organização do hospital pesquisado não favoreça essa prática.

Declaram os médicos:

O CRM julgou improcedente a acusação da mãe, e não deu em nada. Mas se tivesse dado, eu não ia ficar calada. Esse colega. (M3)

Falo o que penso. Estou sempre disposto a colaborar no que for preciso, mas prefiro que me perguntem. (M4)

Da mesma forma os enfermeiros pensam e agem:

Todo mundo pensa, mas ninguém tem coragem de falar.
Eu fui lá e falei. (E2)

Mesmo se não puder, eu falo assim mesmo.
Sou transparente. Prefiro a verdade. (E1)

Os princípios da psicodinâmica ultrapassam os padrões que relacionam a disciplina observável das coisas e a racionalidade do elemento institucional e da liberdade. A dialética prazer e sofrimento relacionada ao trabalho é mencionada por Clot (2011), ao reportar-se a Artaud¹⁰ (1984):

“Só podemos aceitar a vida sob a condição de sermos grandes, se nos sentirmos no nascedouro dos fenômenos, ao menos de um certo número deles. Se não tivermos o poder de desabrochar, se não tivermos um certo domínio das coisas, a vida é indefensável.” (ARTAUD, 1984, p. 30).

É o que sugere a fala de um dos médicos:

Já aconteceu de a gente não ter papel de eletro. Eu passei o plantão pra um colega, fui lá na promotoria e denunciei, entendeu? Fiz um boletim de ocorrência. Eu tinha um paciente que tava enfartando e eu precisava ver qual era a área de infarto pra eu saber se o tratamento ia funcionar. Passei o plantão pra outro colega, fui lá na polícia e fiz um BO. Fui lá na Promotoria como cidadã, não como médica, né? Falei: Quero providência por que eu pago imposto. (M1)

A conquista da identidade do trabalhador acontece no interjogo das relações sociais. Assim, o trabalho se constitui em um campo privilegiado na conquista da identidade

¹⁰ ARTAUD, A. **Oeuvres complètes**. Paris: Gallimard, 1984. T.1.

do trabalhador (DEJOURS, 1999). Para a Psicodinâmica do Trabalho, a identidade é a “armadura da saúde mental”. Ela está sempre em construção; jamais estabiliza. A maioria dos sujeitos não pode ter identidade unicamente por si mesmos. Por esse motivo, os sujeitos têm constantemente a necessidade de confirmação, por intermédio do olhar do outro (DEJOURS; GERNET, 2011).

Outro núcleo de sentido diz respeito à admiração que os profissionais sentem pela profissão: **É fascinante!**

Neste núcleo de sentido, os entrevistados relatam suas experiências em salvar vidas com um orgulho intenso. A sensação de se sentirem úteis reconhecidos e valorizados lhes proporciona bem estar, e é percebida por eles como vivência de prazer em relação ao trabalho. Todos os entrevistados admitem experimentar estas vivências de prazer, pela possibilidade de colocarem seu trabalho à disposição do outro.

Assim se verifica na fala de um profissional:

Adoro o que eu faço. Adoro o campo de trabalho em que eu vivo, porque, como eu te falei, esse imprevisto é fascinante, esse imprevisto nos chama a atenção. E só o fato de você poder em trinta segundos, em um minuto, poder salvar a vida de uma pessoa, poder falar “Olha, eu salvei a vida dela”, isso é gratificante, isso não tem dinheiro que pague isso. É lógico, é claro que a gente podia receber um pouco melhor (risos), salário melhor (risos). (E1)

O processo de realização do “eu” passa pelo reconhecimento do trabalho. A dinâmica do reconhecimento social, graças ao trabalho, participa da estabilização da identidade e, ao longo da vida, poderá proteger os indivíduos do risco da doença mental e somática. O equilíbrio entre as vivências de prazer e sofrimento, de acordo com Dejours (1994; 2011), pode ser percebido à luz do reconhecimento. Para ele, há duas vias principais para o acabamento da identidade do ser humano: de um lado, a conquista da identidade no campo erótico e do amor; de outro, a conquista da identidade no campo social. O reconhecimento pelo outro é indispensável para a validação de uma descoberta de êxito na confrontação com o real. Se o indivíduo, por algum motivo, for desprovido deste confronto, ele será remetido à solidão da loucura, conhecida como “alienação mental”.

Este reconhecimento, como fonte de prazer se confirma na expressão de dois profissionais ouvidos, um médico e um enfermeiro:

Eu ganho o dia quando eles falam: “Que bom! Hoje é você?” (M1).

É isso que me realiza. Eles sempre falam: “Ah, que pena! Você já vai? Seu horário passou rápido.” (E2)

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento, o valor dado pelo outro, a contribuição do sujeito para a organização do trabalho, a apreciação relativa da utilidade técnica, social ou econômica, tudo isso é formulado pela hierarquia da organização, pelos pares e, até mesmo, pelos clientes. É, principalmente, sobre a singularidade do trabalho, de maneiras novas do saber fazer, que o reconhecimento é validado. Ele pode conferir ao trabalho o significado, que possibilita a obtenção do prazer e, até mesmo, a transformação do sofrimento em prazer (DEJOURS, 1992). Graças ao reconhecimento, trabalhar não é apenas produzir bens ou serviços; é também se transformar em si mesmo.

Muitas vezes, o prazer e o sofrimento no trabalho se misturam. O trabalho equilibrante estimula e mobiliza a criatividade, permitindo que as aspirações e os desejos dos indivíduos sejam realizados. O reconhecimento exerce um papel significativo na mobilização do sujeito na direção de sua realização. O trabalho pode exercitar situações prazerosas, com espaço para outras janelas, para que os olhos possam ver com a mesma intensidade a dor e a alegria. Sentir prazer com o que faz significa ter maturidade e sensibilidade, tomando consciência da própria individualidade (GODOY, 2009).

Narra de um dos médicos, sobre esta questão:

Venho trabalhar feliz, muito feliz, satisfeita, motivada. Eu gosto é demais de atender doente grave. Eu fiz a escolha que eu deveria fazer na minha especialidade. Me sinto valorizada, me sinto reconhecida, sim, não pela gestão. Pra eles, tanto faz quem tá lá. E a escala que tem que ser cumprida. (M1)

De acordo com Lima Júnior (1998, 2001 e 2011), trabalhar com a dor, o sofrimento e a morte se constitui em trabalho penoso, ponto de angústia e de sofrimento,

superados pelo prazer da aproximação do paciente. E considerar o cuidado direto com a saúde dos usuários a essência de sua profissão. Neste contexto contraditório é que se encontra o sentido de seu trabalho, a paixão pelo cumprimento do dever, de ser útil, que se resume no desejo de estar fazendo algo pelo outro.

Este ponto de vista é declarado por um dos enfermeiros:

Pra mim, quanto mais grave for o caso, melhor eu me sinto. Sei que pude mesmo ajudar. (E1)

Segundo Pires (1999), os estudos realizados com profissionais de emergência apontam que eles consideram a predominância do prazer, porque o que realmente importa é a recuperação do paciente.

Opinam alguns dos médicos entrevistados:

Para mim toda alta que eu dou me realiza. Eu fico feliz. (M4)

Ver o paciente como ele chegou e vê-lo sair recuperado compensa tudo o mais. (M2)

Nosso melhor momento é ver o paciente ir pra casa é ver que o tratamento que você proporcionou deu certo, ele melhorou. (M5)

Segundo Mendes (1999) o predomínio do prazer pode ter fundamental na concepção de que o local de trabalho é o lugar de realização, valorização e reconhecimento, sendo a busca de prazer uma constante para todos.

Isso pode ser confirmado também neste estudo por meio das falas de três dos enfermeiros:

Claro. Sinto, sim, com certeza. Me sinto útil, reconhecida e valorizada. Eu também me valorizo pelo que eu faço, e que não é um trabalho fácil. (E5)

Na maioria das vezes da equipe, né a equipe te valorizar é uma questão muito boa. O paciente te valorizar, em segundo lugar, é muito bom também. Ele sabe que você foi atuante e você foi determinante pra aquilo. Em vários casos os pacientes me agradecerem. Nem todos, claro, mas me agradecerem porque a minha intervenção ajudou a saúde deles. (E3).

Ah, com certeza, com certeza, porque quando um paciente sai e te olha no corredor e fala: "Você é aquela!", não tem reconhecimento melhor. Não precisa nenhum chefe. Não precisa nenhum colega falar nada. (E4)

O reconhecimento da qualidade do trabalho realizado se traduz em retribuição simbólica, que pode tomar sentido em relação aos anseios subjetivos, quanto à realização de si. O reconhecimento da atividade realizada se faz necessário na dinâmica de construção/fortalecimento da identidade. Afinal, a mobilização subjetiva – o reconhecimento de si – é medida pelo real que constitui o trabalho. Da mesma forma a relação entre o trabalho e a identidade é medida pelo outro, no julgamento, no reconhecimento. Dejours (1992) propõe as bases para uma análise psicodinâmica do trabalho articulando trabalho, sofrimento e reconhecimento. É por meio da realização que o sofrimento se transforma em prazer e possibilita o sujeito manter-se no trabalho.

O reconhecimento daquele que recebe o cuidado, o tratamento médico, bem como o reconhecimento dos familiares é relatado como experiências extremamente prazerosas pelos médicos e enfermeiros entrevistados neste trabalho.

Conforme suas falas:

Então, você é uma peça importante. Você é uma peça central. Eu me sinto valorizado. A gente percebe a valorização por parte do paciente ou dos familiares, mesmo aqueles casos que não vão bem, né? O familiar, percebendo que a gente fez o que a gente poderia fazer também já é gratificante, né? Assim a gente diminui um pouco o peso, né. Por exemplo, uma perda, né, de um paciente, desde que a família esteja ciente de tudo que aconteceu, né. (M2)

Algumas vezes, nós já tivemos a visita da família, do próprio paciente, que veio agradecer a gente. (E1)

O reconhecimento social ocorre de forma indireta em relação à atividade. Dessa forma, o que o sujeito busca fazer reconhecido é o seu trabalho e não o seu ser. Somente depois de ter reconhecida a qualidade do trabalho é que podemos, posteriormente, repatriar esse saber para o registro da identidade (DEJOURS, 1999).

O comprometimento pessoal dos médicos e enfermeiros, com o processo de trabalho está relacionado à percepção deles sobre a retribuição para seus esforços. Dejours (1999) assegura que a retribuição da pessoa é o reconhecimento no sentido de admitir essa contribuição e o reconhecimento no sentido de gratidão. Mas não se

trata de qualquer reconhecimento, e sim do reconhecimento dos pares, na medida em que estes conhecem a fundo o trabalho e podem avaliá-lo. O autor tem consciência de que o julgamento dos pares é o mais severo e crítico. Ao submeter-se a ele, o trabalhador se sente retribuído e sai fortalecido deste processo.

É exatamente o que se verifica no relato de um dos médicos:

Para mim, o que importa não é o reconhecimento pela gestão. Como eu falei, eles ficam muito distantes. Pra mim, o que vale é o reconhecimento de quem tá ali, ó, quem trabalha próximo de mim. (M1)

Em relação às vivências de prazer experimentadas pelos médicos e enfermeiros que atendem emergência no hospital pesquisado, o sentimento de orgulho pelo trabalho que realizam está relacionado ao salvar vidas. Neste sentido, os achados coadunam os estudos de Dal Pai e Lautert (2008), que apontam a oportunidade de salvar vidas como uma experiência sublime, privilegiada, que eleva a autoestima destes profissionais, cuja atuação traz recompensas sociais de gratidão e admiração, favorecendo o fortalecimento do ego e a obtenção da saúde física e emocional. Segundo essas autoras, a equipe de enfermagem se orgulha pelo fato de “salvarem primeiro”. E, assim, os demais setores dependem de sua ação para poderem atuar num segundo momento.

Conforme se pode confirmar nos relatos:

Não somos deuses, mas a vida passa em nossas mãos. (E5)

Eu sempre falo: Aqui é lugar da vida e não da morte. (E6)

As habilidades que tornam possível “trazer de volta à vida”, ou seja, afastar o risco de morte, dão aos profissionais uma sensação de heróis diante do desafio que é lutar em manter a vida. O orgulho expresso pelos profissionais da enfermagem, está na percepção de que este desafio é uma dádiva.

Revela um desses profissionais:

Na emergência, eu gosto de trabalhar, gosto de estar lá. Como eu te falei, a situação no trabalho de emergência, na enfermagem, é, pura e simplesmente, extremamente motivador. (E4).

As autoras supracitadas, reconhecem essa sensação de prazer em trabalhar no setor de emergência, ela pode ser encontrada no do relato de um dos médicos:

Fiz a escolha que eu devia fazer, na especialidade que acho que eu sou capacitada pra atendimento, que eu fiz terapia intensiva e gosto demais de atender doente grave. É, não ficaria feliz se eu fosse médica de consultório pra atendimento de nada estético, por exemplo. Considero que estando aqui eu posso ser mais útil, mesmo ficando aqui escondida, e muitas vezes o paciente, por estar inconsciente nem saiba quem é você. (M1)

Existe a consciência por parte dos profissionais acerca de suas competências em saber relação ao saber fazer, decidir com rapidez e domínio técnico, o que confere a estes profissionais um certo *status* e a preferência, por atuarem nos setores de emergência (DAL PAI; LAUTERT, 2008). Essa realidade remete à afirmação de Dejours (1992) ao considerar que os trabalhadores não buscam trabalho sem sofrimento, mas lutam para superá-los, tirando proveito dele para se fortalecerem.

5.2.3.2 Vivências de sofrimento no trabalho

De acordo com Ferreira e Mendes (2003), as vivências de sofrimento no trabalho são experimentadas pelo trabalhador quando seus anseios não são satisfeitos pelas condições laborais com as quais ele está envolvido. Essas vivências podem se manifestar por meio de esgotamento profissional e pela falta de reconhecimento, sentimentos que denotam o núcleo de sentido: **A gente sai daqui morto, mas a gestão não valoriza.**

Este núcleo de sentido se refere às vivências de sofrimento no trabalho expressas pelos médicos e enfermeiros pesquisados no que diz respeito a: insatisfações, injustiças, trabalho penoso, frustração, relações interpessoais enfraquecidas, falta de autonomia, medo, insegurança, impotência, falta de reconhecimento social, discriminação entre os próprios profissionais, falta de reconhecimento em relação aos baixos salários e sobrecarga emocional.

Os profissionais do hospital pesquisado mostram-se insatisfeitos com a gestão expressam este sentimento de acordo com suas falas.

Os médicos dizem:

Eu gostaria que ele [o gestor e a sociedade] entendesse que existe diferença, porque eu acho, assim, fica todo mundo no mesmo balaio. Médico é mercenário, é um salzinho branco que se encontra em toda esquina. Eles acham que não precisam te pagar. (M1)

O que mais me incomoda é a desonestidade dos colegas, crianças mal olhadas, passam o plantão de qualquer jeito, chega atrasado, não acompanha a criança e fica por isso mesmo. Mas no final todo mundo ganha igual, aposenta igual, no final do mês é tudo igual. Todo mundo é colocado no mesmo patamar. Aí dói. (M3)

Os enfermeiros confirmam:

É o trabalho. Ele acaba sugando a gente de uma forma física e mental que nos desestimula a você acabar de fazer nada, né. Esse desgaste mental que você tem e físico, ele acaba atrapalhando. Você não consegue fazer mais nada, e a gestão não leva isto em consideração. Isto me entristece, porque eles só estão interessados no seu trabalho. (E3)

Muito descontente. Eu não poderia tá fazendo quarenta horas. Pra eles, a nossa saúde não interessa. (E2)

Os médicos e os enfermeiros expressam diferentes formas de vivências de sofrimento relacionadas à insatisfação com a gestão do hospital, que permanece distante dos profissionais, caracterizada por hierarquia rígida, impessoalidade e falta de participação dos trabalhadores nas decisões relativas à organização do trabalho. Esses fatores são reconhecidos como geradores de sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992, 1996; 2000; DEJOURS; ABDOUCHELI, JAYET, 1994; MENDES, 1999, 2007). Dessa forma, o trabalhador passa a executar suas atividades de maneira automática, uma vez que percebe a impossibilidade de demonstrar suas habilidades profissionais, sua capacidade criativa; enfim, seu potencial.

Mendes (1999) adverte que as vivências de sofrimento estão relacionadas à não correspondência entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais. Ele enfatiza que a realização profissional depende do quanto a atividade do trabalhador é significativa, criativa e valorizada. Mas, para que o trabalhador possa sentir-se produtivo e valorizado, é necessário que a organização lhe ofereça espaço e

condições para tal. Verifica-se que os hospitais públicos apresentam um modelo de gestão organizacional verticalizado e hierarquizado, poder centralizado, não se abrindo à negociações. Porém, neste estudo, o que é mais evidente é a impessoalidade das relações, causando nos profissionais sentimentos de injustiça.

Reforça fala de um dos médicos:

É o problema que eu acho do hospital público. Você não trabalha com mérito. Você é concursado, seu emprego tá garantido, você tem estabilidade, né, e o seu salário tá lá no final do mês. Se você fizer bem feitinho ou não fizer todo final de mês seu salário vai tá lá! Então, você trabalha bem, você cuida e faz seu trabalho bem feito se você é compromissado com o que você faz. Se você não é, você faz de qualquer jeito, porque seu salário tá garantido, seu emprego é estável. Então, tem muito isso na equipe. (M3)

E um dos enfermeiros corrobora ao dizer:

Tentei de tudo com a C, mas ela não quer entender. Estou sendo obrigada mesmo a fazer 40 horas, mesmo doente. Duvidam até de atestado médico, porque a médica do trabalho daqui mesmo reconhece isto e escreveu no atestado, mas não adiantou. (E2)

Nestes casos os trabalhadores, ao perceberem a exaustão das opções de uso de seu potencial, tudo isso associado ao não reconhecimento, podem se tornar apáticos, desmotivados e vulneráveis ao adoecimento. Isso porque, conforme Dejours (1992), pode acontecer que em determinadas condições venha à tona um sofrimento susceptível de estar associado ao embate entre uma história pessoal carregada de sonhos, projetos e desejos ignorados pela organização do trabalho.

No ponto de vista de Schwartz (1998), trabalhar implica a possibilidade de individualizar as normas de nosso meio, de negociar as próprias normas em relação às normas que são impostas ou propostas. Assim, toda atividade é um debate com as normas, pois qualquer situação de trabalho exige do trabalhador escolhas, análises, arbitragens e ponderações no seu dia a dia. Para o referido autor, o trabalhador tem que fazer escolhas, embora isso não lhe roube o direito de negociar acerca de suas necessidades.

Para o referido autor, o trabalho é o lugar em que acontece uma tensão constante, mas que abre espaço para a solução de conflitos. Deveriam ser consideradas

sempre as condições de negociação. A atividade laboral pode ser considerada como o uso de si. Portanto, não há execução de tarefas, mas o uso de si, considerando que o trabalhador é um ser vivo, que é convocado para gerir situações mesmo se não forem explícitas. Se o trabalho é o uso de si, envolve também o uso de si pelos outros. Determinado por um conjunto de prescrições, normas e valores históricos, o uso de si pressupõe a liberdade de criar estratégias singulares, permitidas ou não pelas formas de gestão.

De acordo com Lima Júnior e Castanha (2011), os médicos e os enfermeiros das unidades de emergência enfrentam, além do trabalho penoso, que se caracteriza por um contexto de trabalho gerador de perigo, de esforços e de sofrimento físico e mental, sobre os quais não têm controle, o desafio da convivência. Dejours (1999, p. 62) afirma que “trabalhar, na verdade, é não apenas exercer atividades produtivas, mas também conviver.” As relações interpessoais sofrem a influência do cansaço, em que geralmente, os plantões são longos e nem sempre realizados pelas mesmas pessoas. Dejours (1992, p. 75) entende como relações de trabalho “todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com outros trabalhadores que são às vezes desagradáveis e até insuportáveis”. Considerando essa realidade, os relacionamentos no trabalho podem fortalecer tanto a saúde como a doença e intensificam-se quando há dificuldades no relacionamento entre os profissionais.

É o que se observa na fala de um dos médicos:

Eu posso até pedir pra melhorarem as condições de trabalho, mas como eu posso obrigar um colega a ser honesto? Eu já saía de casa agoniada. Eu tinha medo até de quem eu ia encontrar lá. (M3)

De acordo com estudos realizados por Lima Júnior e Ésther (2001) e Lima Júnior e Castanha (2011), em relação ao desgaste de médicos e enfermeiros nos setores de emergência, os resultados apontam a existência de “prazer e dor”. Estes autores chamam atenção, de um lado, para a dificuldade dos médicos em relação à falta de reconhecimento social e a perda da autonomia e do *status* dos médicos; e, de outro, para os enfermeiros, com o desgaste do cuidado direto com pessoas lesadas e fragilizadas, física e emocionalmente, por meio da realização de tarefas agradáveis

ou não repulsivas e aterradoras, fazendo emergir sentimentos muito fortes e contraditórios.

Observa-se no relato de um dos enfermeiros:

É você tá trabalhando com pessoas doentes, que estão gemendo, que você tem responsabilidade em cima daquilo, né. É vida na sua mão. Não é como papel, que você erra, rasga e joga no lixo. Vida são vidas. Não tem como voltar. Então, você tem que ter muita responsabilidade. Então, é estressante. A gente trabalha muito com a mente; não só com o corpo físico, que cansa também, claro, né. (E2)

Diante de tudo isso, este autor questiona: Como estes profissionais podem buscar encantamento em um mundo marcado principalmente pela dor, pela tristeza e pela morte, acrescidos da fragilidade social dos pacientes, que não são neutras às emoções dos profissionais? Segundo este autor, os profissionais ainda lutam para que o ambiente laboral se constitua num espaço de “alegria” e tentam oferecer aos pacientes, algo lúdico que diminua o sofrimento deles. A título de ilustração, o hospital estudado participa do Projeto Doutores Palhaços, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso, que lhes oferece treinamento. A entrevistada E4 deste estudo atua neste projeto. Para aquele autor, a presença do lúdico pode transformar o sofrimento patogênico em sofrimento criativo.

Continuando suas considerações, Lima Júnior e Ésther (2001) e Lima Júnior e Castanha (2011), observam que nenhum trabalho está inteiramente isento de possibilitar desgaste físico e mental, mas estes podem estar presentes em maior ou menor grau, dependendo das condições em que é realizado, da própria natureza do ofício e da forma como é organizado. À falta de espaço e de liberdade da equipe de emergência, médicos e enfermeiros perderam autonomia sobre seus fazeres, distanciando-se de seu próprio modo operatório e aumentando a carga psíquica (GODOY, 2009).

No acompanhamento do cotidiano de trabalho de médicos e enfermeiros nas unidades de emergência, na perspectiva de como ele realmente é, de como ele se dá, de como ele é vivido, podem-se contemplar os diversos fatores que estão na gênese do desgaste da sobrecarga emocional. Os serviços de saúde incorporaram-se ao sistema de produção capitalista. Com isso perderam autonomia, rendimentos

e *status*, as relações com o paciente ficaram abaladas e os médicos e enfermeiros, muitas vezes, são desrespeitados, sofrerem em seu próprio local de trabalho, chegando, inclusive, á agressões físicas por pacientes descontentes com o sistema de saúde, gerando medo e insegurança nos profissionais. É o que revelam dois médicos:

Tem coisas que ele [o paciente] está esperando o que eu não posso fornecer, por deficiência do hospital, deficiência do sistema de saúde pública do Brasil. (M2)

Médico tá sempre errado, paciente sempre é bonzinho né? Eu já escutei que eu só sou médico porque meu pai é rico e pagou faculdade, sendo que eu até estudei em federal, mas, caso contrário, não tiraria o mérito do profissional, né? Ele duvidou da minha competência por ter me achado novo. Agora, o que mais deixa a gente triste, desmotivado, é o paciente ir piorando na sua mão não por falta de conhecimento seu, de recurso seu, mas é que você não tem o que fazer. Você tem que entubar o paciente, mas não tem um tubo. Você vai ter que ficar ambuzando¹¹, e ele vai piorando, padrão respiratório. Isso me deixa muito insatisfeito, muito triste. (M5)

A sensação de frustração e de impotência expressa no relato configura sobrecarga emocional e desgaste profissional, que, na opinião de Mendes (2007), acarretam sofrimento e aumentam significativamente os riscos de adoecimento, culminando no esgotamento profissional do trabalhador.

Os relatos demonstram a falta de reconhecimento do profissional perante a sociedade como se observava no passado. Isso retira, em alguns casos, o entusiasmo com o trabalho. No caso dos médicos, enquanto se tinha uma visão mitificada do profissional e uma confiança absoluta, assiste-se atualmente a críticas e a banalização do seu papel, tornando-os desmotivados, temerosos e ansiosos conforme Lima Júnior e Ésther (2001).

Um dos médicos revela o que pensa a respeito:

É um salzinho branco que se encontra em toda esquina. Eles acham que não precisam te pagar. Eu escolhi uma área que não tem remuneração tão boa, trabalha só em hospital. (M1)

A deteriorização da imagem do médico não provém apenas da comunidade em geral, mas também do corpo profissional, que adota estratégias que visam tão

¹¹ Ambú é um respirador manual. E ambuzar é o ato de manuseá-lo.

somente seus interesses econômicos em detrimento de uma prática profissional ética. Existe uma proliferação de cursos de medicina de qualidade duvidosa que ratifica comportamentos e ações que não coadunam com a prática médica correta em sintonia com os interesses da sociedade (LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2011).

As diferenças de *status* entre a própria categoria são, assim, exposta por um dos médicos:

Existe, existe discriminação assim. Tem colega que se sente primo-irmão de Deus, né? Então, ele se sente, ele subiu a cabeça e, às vezes, ele se sente mais que o outro colega. Mas a gente, geralmente, a gente não liga, porque a gente trabalha, na verdade, numa engrenagem, né? Todo mundo precisa de todo mundo. Os próprios pares, né, que se sentem melhor ou imprescindíveis, acham que o serviço dele tem que ser mais caro, mais valorizado, que é ele é imprescindível. Mas como diz um colega meu: "Geralmente os neurologistas se acham primo-irmão de Deus". (M1)

Existe por parte dos profissionais pesquisados a insatisfação no que se refere aos honorários. Eles não se sentem valorizados. Lima Júnior e Ésther (2011) detectaram em seus estudos que os profissionais médicos e enfermeiros chegam a ter entre três a seis empregos para garantir melhores rendimentos.

Esta questão está presente nas falas tanto de médicos como de enfermeiros:

Isso não dá muito. Não tem, assim, ninguém liga de ir lá no dermatologista e pagar mil reais pra aplicar um botox, mil e quinhentos, ou o preço que for, mas se eu disser que uma diária de UTI custa mil e quinhentos reais é caro. Então, assim, essa valorização eu gostaria que existisse, porque botox não tem erro, Se você ficar torta daqui a seis meses, você tá normal de novo. Agora se eu errar, se eu errar, sim, se eu errar, eu perco uma vida. Então, eu queria que isso aí que as pessoas começassem a conscientizar, que isso aí tem que ter valor. Tem gente que não economiza pra trocar um carro pra ter o carro do ano, pra comprar uma joia, pra comprar uma roupa, mas se eu disser que meu honorário pra atender é duzentos reais é caro, e eu não ganho duzentos reais pra atender um. Eu ganho duzentos reais pra atender dez, e é caro, né? Então, assim, eu levei cinco anos pra ter uma formação boa, além da faculdade. (M1)

Aquilo te desanima. É parte financeira, que também num, não tem remuneração boa (M5).

É lógico, é claro, que a gente podia receber um pouco melhor [risos], salário melhor [risos]. Eu não quero me comparar com outro profissional, de maneira nenhuma, mas eu acho que nós somos muito mal remunerados pelo que fazemos. (E1)

Reconhecimento, ele também faz parte. O salário o bom salário ele te faz, te traz satisfação no trabalho, mas o reconhecimento ele também é parte disso, né? Você ser reconhecido por aquilo que você faz é muito legal. (E3)

Em relação aos profissionais da enfermagem, estes raramente se dedicam a um setor de trabalho escolhido por eles. São designados sem participar da escolha. Mas, diante da imprevisibilidade, da superlotação e do absenteísmo, a gerência escolhe e define quem vai atuar onde. Cada setor da unidade de emergência era direcionado para a realização de atendimento específico, que, de certa forma, alterava a natureza do trabalho de enfermagem. Além da pouca possibilidade de escolher o trabalho, os enfermeiros se sentem insatisfeitos por ter uma chefia médica que não os atende e faz exigências cada vez maiores, acirrando relações históricas de poder entre as duas categorias (ALVES, 1996).

Os enfermeiros ouvidos consideram essas questões como desrespeitosas, desumanas e discriminatórias:

Já vem historicamente de uma questão de falar “Sim senhor!” e “Não senhor!” pra outras profissões. Então isso dificulta muito o crescimento a evolução da profissão em si, né! (E3)

Porque a gente já tá na retaguarda, que uma situação que é normal mudar de setor: “Ah você chegou! Você tá escalado na emergência, mas hoje não precisa de você na emergência. Você vai lá pra clínica médica”. Então essa situação me deixa bastante insatisfeita, bastante. Eu considero um desrespeito com o profissional. (E4)

Quando a gente é mudada de setor sem ser consultada e vem outro profissional com menos experiência e fica no seu lugar... Quer dizer mudam pra piorar. (E5)

O sofrimento também é experimentado pelos profissionais ao relatarem a dificuldade de comunicar diagnósticos de doenças graves e de prognóstico desfavorável. A tarefa de comunicar ao paciente a gravidade de seu quadro clínico e os riscos do tratamento ou da doença é árdua e dolorosa, porque os profissionais acabam se envolvendo, de certa forma, com a situação do paciente. Essa tarefa é atribuição do médico, embora o enfermeiro participe do processo (LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001). Para esses autores, apesar da necessidade de imparcialidade, percebe-se uma sensibilidade inerente ao profissional enquanto ser humano. Alguns remetem ao choro, tristeza e depressão, mencionando que mente o profissional que diz não sofrer diante da dor do paciente. Eles sempre lembram alguém da família, de um

filho, do pai ou da mãe e sofrem ao pensar que eles poderiam também sofrer situações semelhantes.

Declaram dois médicos:

Isso é pesado, sem dúvida. Ninguém gosta. Não tem como assim. E, pra mim, é uma das piores horas da medicina é dar essas notícias, né. Você vai acompanhando o sofrimento da família. Eu tento sempre é ser o mais claro possível. Não procuro amenizar a situação, porque ela pode agravar, e aí eu acho que fica cada vez mais difícil você contar pra família e também não tento ser terrorista, não. Tento ser transparente com eles. Respondo todas as perguntas. Óbvio que tento é ser eu, usar o tom mais otimista nas minhas palavras, até porque eu acredito. Toda vez que eu acredito que o paciente tem chance, eu passo isso pra família. Passo que ele está muito grave, que é difícil, mas que ele tem chance. E, sempre, uma coisa que eu tento passar pra eles é que pra eles ficarem lá de fora rezando, torcendo, o credo de cada um, que lá dentro com o paciente eu vou está lutando, e que a briga pra ele ficar melhor é minha, é deles e do paciente também. (M5)

Porque se um dia eu adoecer ou alguém da minha família, entendeu eu quero ter certeza absoluta que vai ter o remédio lá pra tomar. (M1)

Diante das situações na unidade de emergência que se caracterizam no que Mendes (2007), identifica como “desgaste emocional”, se não for possível ao trabalhador a descarga da tensão acumulada, instalam-se o sofrimento e a doença. As manifestações do sofrimento variam de acordo com o conteúdo da tarefa que o trabalhador deve realizar, o qual poderá gerar insatisfações, medo, angústia, tédio ou motivações. Outro fator relevante na profissão do médico, segundo Lima Júnior e Ésther (2001), refere-se ao relacionamento médico-paciente sob julgamento é o medo dos processos judiciais, que se tornaram correntes no que tange a possíveis erros médicos ou, simplesmente, a insatisfação do paciente. O erro médico pode ser gerado por despreparo e desqualificação do profissional, sobrecarga de trabalho e falta de condições adequadas para uma assistência eficaz.

Em face dessa realidade, os profissionais agem com cautela, resguardando-se diante de possíveis críticas e denúncias, incorporando ao máximo no atendimento emergencial exames complementares, mesmo que tenham certeza quanto ao diagnóstico e tratamento do caso. Isso se deve, principalmente, ao acesso fácil a informações que fornecem aos pacientes o conhecimento sobre suas patologias e seus direitos, associados às noções de direitos do consumidor e a certo modismo de se abrir processos judiciais para Lima Júnior e Ésther (2001). Essa questão tem

acontecido com frequência. E não foi diferente entre os profissionais pesquisados, conforme um dos médicos:

Eu tenho é que dar um jeito de cair fora.
Se eu continuar lá, a chance de ocorrer outro processo é enorme, porque o que é que mudou? Nada. (M3)

Para Mendes (2007), o medo é um sentimento que pode permear toda a atividade laboral, principalmente o medo de errar, o medo de ser demitido e o medo de perder a confiança ou o poder. Esse sentimento pode trazer revolta e raiva contra a organização, mas aí aparece outro medo, o medo de ser punido, caracterizando o estado de esgotamento emocional. O trabalho, para Dejours (1992, p. 164), “não é nunca neutro em relação à saúde e favorece, seja a doença seja a saúde”.

É interessante ressaltar que o ponto de vista de Dejours (1992) ao defender que a percepção do sofrimento é individual e se relaciona com os processos subjetivos do sujeito é bastante clara na fala de um dos médicos:

Pra você ver, o grau de envolvimento é tão diferente que isso aí gerou tanto sofrimento pra mim e pro colega nenhum. Pra ele foi uma coisa que passou na vida dele. Aí veio uma notificação do CRM. Ele justificou e ficou por isso mesmo. Nem sofrimento não causa. (M3)

Nesse sentido, Dejours (1992) adverte que em determinadas condições pode vir à tona um sofrimento sujeito a estar associado ao embate entre uma história individual, carregada de sonhos, projetos, desejos, esperanças e valores humanos, e uma organização que ignora essas questões. Mendes (2007) coaduna esse pensamento ao afirmar que aqueles que não conseguem conduzir seus interesses, adaptar-se às características da organização do trabalho e descarregar sua energia pulsional enfrentam as sequelas por meio da tensão, do prazer e das patologias.

5.2.4 Danos no trabalho

Para Ferreira; Mendes (2003), este tema se referem aos danos ou distúrbios causados à saúde do trabalhador em decorrência de sua atividade laboral. Os danos relacionados ao trabalho podem ser de natureza física, psicológica ou social. O núcleo de sentido sobre danos dessa natureza foi: **É muito sofrimento, dar plantão**

nessas condições.

Este núcleo trata-se principalmente dos danos psicossociais causados pelo cotidiano dos profissionais médicos e enfermeiros na unidade de emergência do hospital pesquisado. Os danos físicos, definidos como dores no corpo e distúrbios biológicos, coexistem com os danos psicossociais, de acordo com os relatos desta pesquisa.

Afirmam dois médicos:

Tenho dermatites. (M4)

Tive gastrite. Tive que fazer endoscopia. (M3)

E os enfermeiros compartilham da mesma experiência:

Sinto muita dor nas pernas da dificuldade do retorno venoso. (E3)

Comecei sentir dores nas costas, nas pernas e tive labirintite.
Meu corpo não está aguentando. (E2)

Há aqueles que relatam o contrário, como se verifica a seguir os relatos de médicos e enfermeiros:

Nunca tive acidente de trabalho. Nada. Não pego nem gripe. (M1)

Não tenho nada pelo menos por enquanto [risos]. (E4)

Esses achados confirmam a ideia de Dejours (1992) ao relacionar o processo de adoecimento como as condições individuais e os processos subjetivos do trabalhador, em que uns adoecem e outros permanecem a salvo, por terem melhores condições de enfrentamento e superação das adversidades no trabalho. O sujeito traz para o trabalho, além da sua qualificação profissional, toda sua história de vida, sua subjetividade.

Os danos psicossociais enfrentados pelos médicos e enfermeiros nas unidades de emergência são: proximidade com a dor e a morte; padecimento dos pacientes, muitas vezes, diante do sofrimento; sentimento de impotência da equipe ao ver seus esforços fracassados; e o fato de os profissionais relatarem que é praticamente impossível acompanhar e cuidar de pacientes, principalmente, por períodos

prolongados e, de alguma forma, não criar com eles um vínculo afetivo (LIMA JÚNIOR; ÉSTER, 2001; LIMA JÚNIOR; CASTANHA, 2011).

Entre os dados coletados, há relatos que ilustram como os profissionais são alvos de danos físicos e psicossociais oriundos da precarização do trabalho em saúde e da má estruturação destes serviços.

Declara um médico:

Essa criança, a gente não conseguia ventilar ela. Testamos todos os ventiladores da emergência, testamos todas as saídas de oxigênio, pra ver se era problema na saída. Entrei em contato com a médica de Cuiabá, a reguladora que é uma intensivista. Troquei ideia com ela, tudo certinho. Tava fazendo tudo certinho, e essa criança não respondia, não respondia. Passei a madrugada inteira ambulando essa criança, revezando eu, o físico e a enfermeira. A mãe entrou com o processo. Ela não entrou contra mim. Ela entrou contra a equipe que atendeu a criança. E aí veio uma intimação. O delegado não se achou em condições de julgar o caso e pediu uma avaliação do CRM. Provavelmente, essa criança foi a óbito porque já tava com lesão cardíaca, de músculo cardíaco, do tempo de acidose entendeu? A mãe pediu o prontuário, mas atrás ficou em branco. Se eu tivesse escrito logo depois dele (o plantonista anterior), eu ia dar continuidade atrás. Então o que aconteceu? A mãe da criança percebeu que ele introduziu essa anamnese e essa evolução depois, entendeu? Então, isso me arrasou. (M3)

De acordo com os autores supracitados, os trabalhadores da saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, “têm a dor e a morte como ofício”. A morte e a dor são rotina na vida destes profissionais. E, apesar disso, lidar com as perdas é um processo doloroso e angustiante. Nas unidades de emergência, há o desgaste em vivenciar o paradoxo entre o resgate da vida e a assimilação da morte. Acrescentam que a morte de crianças ou de pessoas jovens é mais difícil de ser assimilada. Este ponto de vista pode ser compartilhado entre diversos autores, de acordo com Martins (2008).

Lunardi Filho (1995) coaduna essa ideia ao afirmar que a morte é mais chocante quando ocorre de modo repentino e, especialmente, quando o prognóstico era considerado bom. A morte de pacientes jovens é muito mais traumatizante para a equipe de saúde, principalmente nas unidades de urgência, onde os profissionais estão frequentemente vivendo essa realidade, pela natureza de seu trabalho, atuando com as perdas decorrentes da morte e do morrer.

Segundo Meleiro (2001), “o desejo universal da imortalidade faz-nos idealizar um ser onipotente, capaz de retardar, deter ou, mesmo, anular a ameaça de morte”. Isso talvez contribua para a reflexão que a autora faz a respeito dos médicos em relação à morte em que estes profissionais admitem o fato de que foram formados “para curar” e que a morte os desestabiliza de alguma forma, sendo difícil assimilar as perdas. O contato próximo com a morte faz com que aflorem nos profissionais, as fantasias quanto à própria morte. A dificuldade de enfrentar a morte, segundo esta autora, pode estar relacionada ao fato de que no inconsciente somos todos imortais. Portanto, é quase inconcebível enfrentar a morte.

Os danos à saúde dos trabalhadores podem aparecer simultaneamente, em níveis físicos e psicossociais, de acordo com o relato de um dos médicos:

E depois disso eu tive que continuar no hospital, no plantão. O nível de stress no meu plantão foi tão grande depois que eu tive gastrite. Eu fui parar no D fazer endoscopia de colo. Eu fui parar no psiquiatra. Fiquei deprimida. Eu fiquei um ano tomando antidepressivo: nível de ansiedade, insônia, coisa que eu não tinha. Eu vim ter um período de insônia. Tratei fiquei em tratamento, resolveu, passou. Já abandonei os antidepressivos, já, mas, assim, foi muito difícil e me dá sofrimento ainda de pensar também que na cabeça dessa mãe ela acha que eu sou culpada. Eu falo assim: “Nossa, eu nem lembro da cara dela. Eu lembro do menino. Da cara dela eu não lembro muito, e eu posso cruzar com ela na rua um dia ou atender ela em uma outra situação sem saber quem é ela, e é uma pessoa que deve jogar todo o sofrimento dela de perder esse filho na cabeça dela, no imaginário dela sou eu”. Porque no depoimento dela na polícia ela só relatava assim: “Ela reclamou de várias coisas, mas ela relatava que a médica botou um soro que não era pra colocar”. Acho que eu já chorei muito, né? (M3)

Para os enfermeiros, é igualmente difícil:

A gente sabe que acontece, a perda, né? Sempre vai acontecer. Mas a gente sofre assim mesmo. A gente não acostuma muito. A gente sofre, sim. Em alguns casos é muito sofrimento. (E4)

Diante desses relatos, mais uma vez, remete-se as indagações de Lima Júnior e Ésther (2001) e Lima Júnior e Castanha (2011): “Como os trabalhadores, médicos e enfermeiros, podem buscar encantamento em um mundo marcado pelo sofrimento e pela dor? O que é ser médico? O que é ser enfermeiro? Como se aprende a ser médico? Como se aprende ser enfermeiro?”.

Segundo com Martins (2008), no cotidiano dos trabalhadores de emergência o confronto com a dor, o sofrimento e a morte acontece constantemente. Tal situação continua sempre sendo muito difícil. Muitas vezes, eles se colocam no lugar do paciente ou seu familiar, e sofrem com esta situação, podendo levar essas sensações para a vida fora do trabalho. Nesta linha de pensamento, a autora afirma que esse convívio com situações dolorosas constitui indicador de causa de sofrimento no trabalho para toda equipe de atendimento.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) existem dois tipos de sofrimento:

Sufrimento criador e sofrimento patogênico. O último aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, na gestão e aperfeiçoamento na transformação do trabalho já foram utilizadas. Isto é quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando o sofrimento é transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde. Quando ao contrário, a situação, as relações de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funciona como um mediador de desestabilização e da fragilização da saúde. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 137)

Para Lunardi Filho e Mazzilli (1996), o desafio para a Psicopatologia do Trabalho consiste em definir ações susceptíveis de mudar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação em criatividade ao considerar que o trabalho faz parte da vida do homem e que onde quer que estejam as causas do sofrimento dos homens estarão suas próprias vidas.

5.2.5 Estratégias de enfrentamento ao sofrimento

O núcleo de sentido pertinente a utilização de estratégias de enfrentamento ao sofrimento, revela que o trabalho não resume a vida dos profissionais pesquisados.

A profissão não é a sua vida.

Este núcleo de sentido trata dos relatos nos quais os entrevistados expressam o uso de estratégias defensivas utilizadas por eles para enfrentar as vivências de sofrimento no trabalho, como forma de se protegerem. Neste núcleo, eles revelam

que o trabalho não pode corresponder a todos os seus investimentos, destacando a importância de outras dimensões de sua vida. Segundo Lunardi Filho e Mazzieli (1996), “a vida das pessoas não pode ser reduzida apenas ao trabalho, mas, por outro lado, não pode ser compreendida em sua ausência”.

Embora faça parte das expectativas de todos que trabalham, o reconhecimento raramente é conferido de forma satisfatória. Portanto, o sofrimento no trabalho pode gerar manifestações patológicas nos níveis físico, mental e social. Assim, os trabalhadores desenvolvem estratégias de defesa; ou seja, adotam mecanismos que visam a preservação de sua saúde. Ao suscitar estratégias defensivas, os indivíduos aliviam sua carga psíquica, pois estas “conduzem a modificações, transformações e em geral a eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as faz sofrer” (DEJOURS, 1992, p. 164).

Morrone (2001), por meio de seus estudos, corrobora essa afirmação ao observar que o uso de estratégias defensivas favorece o equilíbrio psíquico por facilitar o enfrentamento das situações motivadoras de sofrimento. Dessa forma, ao suavizarem a percepção do sofrimento as estratégias, os profissionais protegem o psiquismo, mas podem contribuir para facilitar a adaptação às pressões patogênicas de trabalho, o que poderia funcionar como uma armadilha para o sujeito.

Um médico entrevistado explica que:

A profissão, ela faz parte da sua vida. Ela não é a sua vida. A sua vida tem, ela tem um monte de prisma e um deles é o que você escolheu, como profissão. Eu não posso viver por isso. Tem que ter outros motivos, né? Eu não posso fazer da minha profissão um “cavalo de batalha”. (M1)

Mendes (2007) coaduna esse posicionamento ao advertir que os trabalhadores, ao utilizarem as estratégias, podem ser facilmente absorvidos pelo desejo de produção que favorece a exploração do trabalho em prol da produção, distanciando da mobilização para a mudança, em que o trabalhador teria a possibilidade de ressignificar o sofrimento, adquirir um novo olhar sobre as causas de sofrimento.

Um médico declara:

Porque, se você começa a trabalhar, só trabalhar, trabalhar, trabalhar, não tem um lazer, não tem um *hobby*, não tem um momento de descanso, não tem um momento com sua família, aquilo ali uma hora vai se tornar um martírio. Você vai querer largar. (M2)

Muitos trabalhadores se utilizam da estratégia do “trabalhar, trabalhar” à qual se refere o médico entrevistado. De acordo com Mendes (2007), esta estratégia se refere ao mecanismo de autoaceleração, em que o próprio envolvimento com o trabalho não permitiria ao trabalhador experimentar o sofrimento. O que Dejours (1994), define como “engajamento excessivo” na tarefa por certos trabalhadores. Isso poderá funcionar como uma armadilha, pois se o indivíduo aumentar sua carga laboral, iludido pelos ideais de produção, poderá aumentar também os riscos de adoecimento.

De acordo com Ferreira e Mendes (2003), ressignificar o sofrimento e transformá-lo em fonte de prazer é o que assegura ao trabalhador o fortalecimento de sua estrutura psíquica e que impede a instalação da doença, pelo uso de sua criatividade para garantir o sentido conferido ao trabalho, tornando-o fonte de prazer.

Um médico relata:

Eu, fui uma hora, eu dei uma sacudida em mim e falei: “Não! Tá errado. O meus valores estão errados, porque eu tô vindo trabalhar chateada”. Comecei a inverter as coisas. Eu comecei a fazer as coisas que dava pra eu fazer e comecei a largar o trabalho e fazer a opção por gastar menos, ganhar menos, ter mais tempo pra eu viajar, porque antes eu tinha dinheiro pra viajar, mas não tinha tempo, entendeu? (M1)

As estratégias defensivas são consideradas por Dejours (1992) como mecanismos utilizados de forma consciente ou não, podendo ser processos individuais ou se caracterizarem na base de constructos coletivos. As estratégias assumem papel indispensável para se evitar a desestabilização psíquica, permitindo a permanência do sujeito no trabalho, adaptando-se às pressões e contribuindo para equilibrar a relação subjetiva com a organização do trabalho e, conseqüentemente, para ter a possibilidade de evitar a loucura. Assim, na impossibilidade de vencer a rigidez organizacional, os trabalhadores conseguem, por meio das estratégias de defesa,

ignorar o sofrimento, modificar a percepção da gênese do sofrimento e negar suas causas.

Para diminuir os efeitos destrutivos do trabalho em sua saúde, os trabalhadores utilizam-se de sua inteligência prática para transformar as situações causadoras de sofrimento. Por meio da inteligência prática, conseguem subverter com sucesso as prescrições da organização (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Ferreira e Mendes (2003) compartilham essa ideia ao defender que o uso da criatividade e a possibilidade de o trabalhador imprimir sua marca pessoal e a admiração pelo que faz favorecem a obtenção do prazer e a saúde. Por meio dos relatos, pode-se perceber a utilização do mecanismo de defesa, que se utiliza da própria experiência como proteção, denominado de “inteligência astuciosa” (MARTINS 2008).

Relatam três entrevistados:

Em relação ao trabalho, eu já tenho bastante experiência já adquiri uma certa segurança, embora que medicina é assim, nem sempre, nem nunca, né? Mas já vivi muitas situações complicadas, complicadas mesmo. Tá na sua mão. Você tem que resolve. A gente acaba aprendendo muito, principalmente em situações difíceis. Mas felizmente a maioria dá certo. Tenho medo é de erro dos outros com relação ao meu trabalho. Não gosto de consertar erro dos outros. Nunca dá certo. (M4)

Algumas coisas você começa a ser mais prática. Você não deixa o choro da criança interromper o que você tem que fazer. Você vai lidando com isso, você aprende. Você vai lidando. Aí, faz o que tem que fazer rápido pra evitar que o sofrimento seja muito grande, né? Acho que ao longo dos anos é experiência, é lidar com isso, porque o sofrimento na emergência é muito, né. (M3)

A minha estratégia é contar com a minha experiência e lutar pra uma vida interessante lá fora com a família, que, às vezes, sofre conosco e com pessoas interessantes que acrescentam. (E5)

Para Mendes (2007), as estratégias de defesa individuais obtêm êxito em certas situações, mas mostram-se ineficazes em outras, as quais são sucedidas pelas descompensações psicopatológicas, expressas da seguinte forma: pode haver instalação de quadros de prostração, abatimento e desespero, podendo culminar no espectro da depressão, da alcoolização e, até mesmo, suicídio. Podem ocorrer também expressões de revolta, sabotagem e violência.

Mendes (2007) destaca três tipos de estratégias, os quais foram detectados nos relatos deste estudo: a) as estratégias de defesa de compensação, que se configuram como alternativas que o trabalhador busca fora do trabalho para lidar com a adversidade; b) os mecanismos de negação, ou a banalização do sofrimento, manifesta diante do medo e da dominação (DEJOURS, 1999); e c) o não reconhecimento do sofrimento, que diminui as chances de encontrar novas possibilidades diante dele. A racionalização é uma estratégia em que o trabalhador justifica as causas do sofrimento para atenuar seus efeitos, mas também se mostra ineficaz, por não mobilizar forças em direção à mudanças.

Relatam dois médicos e um enfermeiro:

É eu gosto muito, assim, de valorizar o lado social, né? Não com muitas pessoas, né? Não pra fora, mas comigo, assim, com a família, né? Ficar com a família, curtir mais os momentos de casa e alguns *hobbies*, né? Lazer, algum jogo. A gente sempre vai arrumando algum tempinho, mas a gente tem que ter alguma coisa fora da medicina, né? Realmente, algum *hobby* pra fazer. (M2)

Olha, quanto a isso não posso reclamar. O reconhecimento sempre vem e quem me conhece, conhece meu trabalho, me valoriza, sim, valoriza. E a carga emocional é pesada mesmo, mas fui eu que escolhi. É disso que eu gosto. É disso que eu vivo. Sou consciente. (M4)

Olha, eu si que é assim mesmo. Tem gente que não se toca, mas é bom, porque a gente se diverte. Dá pra descontrair um pouco, aqui te de tudo, a gente vê de tudo. (E6)

As brincadeiras e piadas inseridas no ambiente de trabalho também funcionam como estratégias para descontrair e conferir ao trabalho uma sensação de leveza que alivie o sofrimento e as pressões. A religião e o refúgio espiritual também são estratégias relatadas como forma de dar um sentido ao sofrimento. Percebe-se neste trabalho que as estratégias adotadas são individuais, sugerindo um enfraquecimento do coletivo de trabalho, caracterizado pelo medo da atual gestão autoritária e das medidas de remanejamento dos profissionais.

Opinam um médico e dois enfermeiros:

Parece contraditório, mas eu procuro me divertir lá dentro. Brinco com os colegas, brinco com os pacientes, tudo com muito respeito, é óbvio. (M5)

Eu gosto sempre de brincar com os colegas, e nenhum chefe até hoje me

impediu de fazer isso [risos]. (E1)

Olha, é em Deus, em Deus mesmo me apego a Ele pra ter forças pra continuar. (E2)

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) os dias atuais estão marcados pela existência de uma crise de solidariedade dos coletivos de trabalho e também por desengajamento pessoal, destruição das relações de confiança, confirmando um conjunto contraditório “contribui para incentivar a tese do individualismo triunfante sobre os valores vacilantes das consciências coletivas, prejudicando a sublimação do prazer no trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 49).

Entre os mecanismos relatados, observam-se também o individualismo e o isolamento talvez em consequência do medo de se expor, em função tanto das pressões da organização como da falta de confiança nos colegas, neste caso, há o risco de apatia e alienação (MENDES, 2007). Como se observa para os médicos e enfermeiros, ocorre a seguinte situação:

Prefiro ficar na minha. Aqui tem de tudo. Uns cooperam são bacanas, sinceros; outros não; e outros eu não sei. Fico na minha. (M4)

Vou pra casa e procuro ficar quieto. Não gosto de sair. Não vou a festas do trabalho. Prefiro me resguardar. (E3)

A primeira intenção das defesas é resistir à agressão constituída por determinadas formas de organizações do trabalho, incluindo as relações socioprofissionais. Porém, o fator complicador surge do fato de que tais defesas, não sendo eficazes, conseguirão dissimular com maior ou menor êxito o sofrimento em questão na própria consciência do trabalhador. Ou seja, as defesas impedem parcialmente a tomada de consciência das relações de exploração. Aí aparece o triângulo sofrimento, defesa, alienação (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Mendes (1994) considera o uso de estratégias fundamental para a continuação do trabalho, por permitirem a adaptação e readaptação do trabalhador às imposições do modelo de organização do trabalho geradoras de sentimento de impotência diante dos poderes ideológico, econômico, tecnológico e político, que paralisam o trabalhador, levando-o a utilizar estratégias de defesa, como a racionalização, a passividade e o individualismo.

Nesta pesquisa, não foi identificada a utilização de estratégias coletivas como forma de minimizar o sofrimento. As estratégias têm por objetivo evitar o adoecimento e prevenir a descompensação psíquica dos trabalhadores. As estratégias coletivas costumam ser mais eficazes no sentido de promover mudanças na organização do trabalho. O enfraquecimento das relações interpessoais no trabalho não favorece a formação de coletivos de trabalho que possibilitem criar um processo participativo no encaminhamento das estratégias a serem interligadas pelo quadro de profissionais que se sintam prejudicados em termos subjetivos ou objetivos.

Assim informou um dos enfermeiros:

Infelizmente, a equipe de enfermagem não é unida. Nós somos a força maior. Nós temos o maior contingente de pessoas. Se uníssemos, ah nós seríamos uma potência muito grande. Mas, infelizmente, não é assim. As equipes não trabalham juntas. As equipes, uma quer derrubar a outra, né?
(E1)

Dessa forma, quando as estratégias coletivas de defesa não funcionam adequadamente pode-se produzir uma espécie de insensibilidade não mais percebida conscientemente pelos trabalhadores, contribuindo para a estabilização da situação. Passam também a prejudicar os esforços necessários para repensar e transformar a relação com o trabalho e começam a induzir mudança com tendência à alienação no trabalho (DEJOURS, 1992, 2004; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Conforme assinala Dejours (1992, 2004), a saúde e o prazer no trabalho são processos que estão sempre a ser conquistados e não estão em lugar nenhum adquiridos definitivamente. Por conseguinte passam pela forma como os trabalhadores enfrentam a adversidade do contexto de trabalho, conforme suas possibilidades e seu potencial subjetivo. Portanto, o trabalhador necessita utilizar-se de criatividade para desenvolver estratégias de proteção na busca da saúde e do prazer no trabalho e comportar-se como sujeito ativo e responsável por seus próprios processos. Segundo defende a Psicodinâmica, sujeito de sua condição transformadora, em que saúde e prazer são frutos de uma conquista diária, um processo contínuo de construção e reconstrução. Assim, o uso de estratégias de

enfrentamento das adversidades no trabalho é essencial como mediador do sofrimento no contexto do trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem por objetivo delinear algumas conclusões, com base nos dados colhidos, que permitam responder aos objetivos da pesquisa, analisar a percepção dos riscos de adoecimento no trabalho experimentadas por médicos e enfermeiros que atendem emergência no HRR, à luz do referencial teórico apresentado. Também são apresentadas as limitações da pesquisa e sugestões para pesquisas futuras.

O trabalho na área da saúde é um campo complexo e diverso, que enfrenta, além das dificuldades inerentes ao próprio trabalho, a situação de fragilidade e sofrimento dos pacientes e a má estruturação do sistema de saúde do País, tudo isso inserido num contexto de mudanças. Mudaram as relações médico-paciente e os valores sociais, advindos de uma ideologia inteiramente influenciada pelas normas do capitalismo flexível, que resulta numa sociedade altamente competitiva e materialista.

A evolução rápida da tecnologia facilitou, em muitos aspectos, a vida contemporânea, os processos de diagnóstico e o tratamento de doenças, porém elevou o custo humano a ser pago por um estilo de vida mais sofisticado, que impõe às pessoas a necessidade de abrir mão de sua liberdade para se submeterem às exigências cada vez maiores por produtividade. A humanidade atual está exposta a uma vida precária, em condições de incerteza constante, em que as pessoas estão sempre com medo e mostram-se ansiosas diante da violência urbana e da insegurança pública.

A área de saúde, principalmente as unidades de atendimento emergencial, é um espaço propício para se buscar uma melhor compreensão dos processos envolvidos na relação homem/trabalho, considerando a interação entre a organização do trabalho e os processos subjetivos do trabalhador, diante dos riscos de adoecimento, das experiências de sofrimento, da possibilidade de transformá-lo em prazer e da mobilização de esforços para a construção de estratégias de enfrentamento destas situações, para manter a saúde. Esse conjunto de coisas

remete à pergunta norteadora desta pesquisa: Como se configura a percepção que os profissionais médicos e enfermeiros possuem sobre estas questões? Para respondê-la, a pesquisa teve por objetivo geral analisar a percepção dos riscos de adoecimento experimentados por esses profissionais em um hospital público mato-grossense.

Para alcançar esse objetivo realizou-se um estudo de caso descritivo de caráter qualitativo, em que se entrevistaram 11 profissionais, sendo 5 médicos e 6 enfermeiros, que trabalham na unidade de emergência do hospital pesquisado. O caráter qualitativo foi escolhido tendo em vista a crença de que a compreensão dos significados e das relações subjacentes às situações e aos fatos percebidos pelos médicos e enfermeiros no exercício de suas funções laborais requeria uma abordagem mais profunda de análise.

Em relação ao contexto de trabalho, no quesito “organização do trabalho”, apurou-se que a totalidade dos entrevistados considerou o ritmo de trabalho exaustivo, embora esteja correlacionado à demanda específica do plantão e da própria equipe. Segundo os profissionais, a demanda aumenta nos finais de semana e está na dependência do número de acidentes ocorridos, na proporção destes acidentes, bem como do fato de que a população procura por este tipo de atendimento, devido à má estruturação de sistema de atendimento básico em saúde, em que faltam ou inexistem recursos materiais e humanos para o atendimento.

Os profissionais também concordam que o tempo para a realização das atividades é escasso, principalmente levando-se em conta a existência de poucos profissionais para uma grande demanda de pacientes. Os profissionais observaram que não há um planejamento na unidade de emergência e que cada equipe tem uma forma particular de executar as atividades, principalmente em relação à necessidade do momento. O único planejamento existente é feito por parte da gestão e ocorre de forma verticalizada e não tem a participação das equipes, sendo que algumas adotam um planejamento entre eles, principalmente em relação à enfermagem. Quanto aos médicos, a conduta é individualizada, conforme opção do profissional. Também não são seguidos protocolos de atendimento. Não existe uma cobrança

sistematizada pela gestão, que, conforme os relatos, cobra pelos resultados ou, apenas, que a escala seja cumprida, embora também alguns enfermeiros relatassem que há também uma cobrança entre a própria equipe. Dessa forma, o ritmo de trabalho torna-se frenético, tenso e cansativo, conforme relataram os médicos e enfermeiros.

No que diz respeito ao quesito “condições de trabalho”, pode-se afirmar em relação ao ambiente físico que os profissionais o consideram inadequado, pois os pacientes ficam mal acomodados, expostos e colocados sem distinção em relação ao quadro de saúde. Adultos e crianças são, muitas vezes, atendidos juntamente com acidentados e com pacientes que necessitavam de isolamento. Alguns profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, observaram que a estrutura da unidade melhorou depois de ser reformada, embora ainda não esteja em níveis considerados ideais. Os entrevistados observaram, por exemplo, que o repouso comunitário, para os profissionais fica distante de onde estão os pacientes, prejudicando o descanso próprio e pondo em risco a saúde deles.

Quanto ao quesito “instrumentos e equipamentos”, estes são considerados precários, necessitando de manutenção, embora tenham sido adquiridos alguns equipamentos novos, como bombas de infusão e aparelhos de respiração.

Em relação ao quesito “material de consumo”, conforme relatado pelos profissionais, também houve uma melhora. Não tem faltado material, mas a qualidade deixa a desejar por serem comprados levando-se em conta o menor preço. Alguns médicos relataram a dificuldade relacionada à falta de medicamentos específicos para tratamento de pacientes graves. Os enfermeiros e um dos médicos observaram a necessidade de se trabalhar apenas com aquilo que está disponível, necessitando, portanto, de esforço e tensão para fazer esta adaptação, ou seja, improvisar. Foi observada ainda a angústia dos profissionais ao terem que transportar pacientes graves devido à falta de recursos para a realização de exames, por exemplo, a realização de tomografias, quando o tomógrafo não funciona. A falta de vagas ou leitos também coloca os profissionais em estado de tensão, devido à superlotação na unidade, e que, por sua vez, se relaciona ao aumento da violência urbana.

Ao se referir à “segurança”, os profissionais concordam que há deficiência. Embora haja guardas em todas as entradas, a vigilância não funciona, expondo pacientes e profissionais. No que se refere à segurança biológica, os profissionais alegam que o hospital oferece equipamentos de proteção individual para todos, embora uma médica observe que este é um equipamento de uso obrigatório e que nem todos utilizam deles corretamente ou não usam.

Quanto ao quesito “relações socioprofissionais”, observou-se que estas se encontram enfraquecidas, marcadas pela falta de integração e cooperação. As tarefas não são devidamente distribuídas e não apresentam definição clara. Os profissionais alegam que “um empurra pro outro.” Não há solidariedade nem confiança entre eles, o que torna a carga de trabalho mais árdua para todos. Verificou-se a ocorrência de disputa entre categorias. Há relatos, até mesmo, de colegas que submetem o outro a situações constrangedoras, como adulteração de prontuários e vigilância desnecessária, acentuando a desconfiança e o distanciamento entre os profissionais.

No que diz respeito ao quesito “comunicação e ao acesso às informações”, os profissionais divergem seus pontos de vista, embora a maioria afirme que as ordens são contraditórias, que as informações nem sempre “chegam” e que a comunicação é falha, inclusive em relação ao repasse dos dados relativos às funções vitais do paciente.

Em relação ao quesito “custos humanos no trabalho”, observou-se que houve concordância entre os depoimentos relativos aos custos físicos, em que os profissionais afirmaram sentir bastante cansaço nas pernas e nos pés devido às muitas horas de trabalho em pé, massageando pacientes e, principalmente, fazendo esforços em relação ao peso dos pacientes quando são carregados. Os entrevistados também foram concordantes ao afirmar que há um dispêndio de esforços intelectuais, exigindo deles constante estado de concentração e alerta, devido à característica de imprevisibilidade da unidade de emergência. Segundo seus relatos, há uma insegurança quanto à falta de rotina e à diversidade dos casos.

O quesito “custos afetivos” se relaciona principalmente ao dilema de fazer escolhas que possam beneficiar alguns pacientes em detrimento de outros, quando o desejo dos profissionais é atender a todos, com o melhor tipo de tratamento que estiver ao alcance deles. Dois enfermeiros e um médico relataram que foram solicitados a transgredir seus valores éticos, embora tenham afirmado que não cederam no que diz respeito a esses princípios. Em relação ao humor, eles dizem não encontrar problemas. Também não apresentam dificuldade no controle das emoções, afirmando que na hora da necessidade a vontade de ajudar os pacientes prevalece, facilitando o controle emocional. Uma médica diz considerar este fato como um dom.

Em relação ao quesito “sentido do trabalho”, os relatos foram categóricos quanto às vivências de prazer experimentadas por todos os profissionais pelo fato de poderem contribuir para a melhora da saúde dos pacientes e de participar do ato de salvar vidas. Atuando em um hospital público referência para atenção ao trauma, os profissionais consideram que o maior desafio é o de salvar vidas, experimentado diariamente nessa unidade e que precisa ser superado mesmo em condições de trabalho inadequadas. Ou seja, apesar da tensão e da necessidade de rapidez nos atendimentos, salvar vidas também proporciona o maior prazer. Os entrevistados relataram que sentem muito prazer ao ver o paciente melhorar com o tratamento e o cuidado oferecidos. Revelaram sentir-se valorizados e reconhecidos pelos colegas e, principalmente, pelos pacientes e seus familiares. Eles também relataram que não há reconhecimento por parte da gestão e que se sentem desmotivados e insatisfeitos pelo fato de a gestão do hospital não valorizar o trabalho bem feito, a dedicação e o comprometimento dos profissionais. Também disseram que são serem reconhecidos por sua formação. Os profissionais, em sua totalidade, admitiram orgulhar-se intensamente de seu trabalho. Afirmaram que se identificaram totalmente com o trabalho em saúde e que se sentem úteis e gratificados pelo tipo de serviço que podem realizar. Mas alguns expressaram insatisfação em relação às condições em que se encontram para a realização do seu trabalho. Eles consideram que a situação precária de trabalho os impede de se sentirem realizados profissionalmente.

A recuperação do paciente desencadeia nos profissionais sentimentos de prazer, descritos por um deles como “fantásticos”. Eles ainda afirmaram que se sentem úteis e necessários à sociedade e que chegam mesmo a se esquecer de que estão expostos a riscos, longas jornadas, cansaço e baixa remuneração, que geralmente os leva a múltiplos empregos, embora pela profissão sejam pouco reconhecidos.

Portanto, apesar de todo o prazer experimentado pelos médicos e enfermeiros da unidade de emergência do hospital pesquisado, as vivências de sofrimento e os riscos de adoecimento também se mostram intensos. Todos os profissionais ouvidos confirmaram o caráter penoso do atendimento em emergência. O contato permanente com a dor, a doença e a morte, as carências do paciente já fragilizado pela doença, o ambiente insalubre, a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho, tudo isso somado ao desgaste emocional, expõe os profissionais ao sofrimento e ao risco de adoecimento constantemente.

Eles admitem o sentimento de frustração e de impotência por não poderem oferecer ao paciente o tratamento adequado ou, mesmo, por não conseguirem aplicar seus conhecimentos, devido à falta de recursos. São recorrentes as falas em relação à dificuldade de comunicar diagnósticos de doenças graves e de participar do sofrimento das famílias. Os profissionais revelaram ainda, o fato de que mesmo convivendo frequentemente com a morte, ainda sofrem com a perda dos pacientes, principalmente de pessoas jovens e em situações repentinas. Quando ocorre em crianças, o sofrimento é ainda maior.

Os trabalhadores da unidade de emergência relataram que convivem constantemente com a dialética do prazer e do sofrimento decorrentes de vivências pessoais do ambiente hospitalar onde as demandas da organização e a natureza do trabalho gera sentimentos de conflito e exige uma luta contínua diante do paradoxo de se buscar o prazer e sentir-se satisfeitos com a atividade realizada, que traz junto sobrecarga de trabalho, exigência de grande responsabilidade e um grau de concentração elevadíssimo, em que não é raro trabalharem sem pausa para descansar ou se alimentar.

A literatura considera que os trabalhadores sonham em buscar a realização e o prazer nas atividades laborais e que, muitas vezes, pagam um alto preço por esses sonhos, pois nenhum trabalho está isento de possibilitar, em conjunto com a satisfação, o desgaste físico e mental. Os danos relacionados ao trabalho revelados pelos profissionais médicos e enfermeiros da unidade de emergência em seus relatos confirmam o surgimento de doenças físicas e danos psicossociais como consequência da realização de suas atividades ocupacionais, em que o contato direto com situações traumáticas e a participação nas angústias do paciente os tornam depositários de expectativas e fortes emoções que permeiam seus afazeres.

Em verdade, nenhum trabalho está isento de possibilitar a satisfação ou o desgaste físico e mental, mas a natureza do trabalho, a forma como está organizado e as condições em que é realizado podem intensificar, ou não, os quadros de prazer, sofrimento ou adoecimento. Da relação do trabalhador com a organização surgem conflitos que aumentam a carga psíquica imposta pelo trabalho, resultante dos desejos do trabalhador com as injunções da organização. Assim, o trabalho na unidade de emergência pode desencadear esforços na tentativa de se buscar equilíbrio que assegurem proteção à saúde física e mental dos profissionais. Nesta direção, verificou-se a adoção de estratégias de defesa entre a maioria dos médicos e enfermeiros como mecanismos de enfrentamento das adversidades e da apropriação mais adequada do trabalho.

Os profissionais, em sua maioria, revelaram que utilizam estratégias. Verificou-se, principalmente, a utilização da própria experiência individual como mecanismo de proteção. Ou seja, o conhecimento tácito, ou “inteligência astuciosa”, adquirido ao longo do tempo pelo profissional é utilizado por eles de forma a diminuir o sofrimento. A estratégia da racionalização e a da compensação ou deslocamento também foram observados. O trabalhador procura justificar o seu sofrimento ou busca pelo prazer fora das situações de trabalho, como o refúgio na família, no lazer, nos contatos sociais e na religião.

Espera-se com esta pesquisa fornecer subsídios que permitam a ampliação de estudos acadêmicos sobre a temática “prazer e sofrimento no trabalho” e contribuir

para a consolidação no campo na realidade brasileira. A transformação do ITRA em um roteiro de entrevista, ao permitir a investigação do tema em profundidade na realidade de profissionais na área da saúde, poderá trazer novas contribuições.

Não foi observada nesta pesquisa a adoção de estratégias de defesa de caráter coletivo, o que pode ser reflexo do medo das pressões organizacionais e do enfraquecimento das relações socioprofissionais, permeados por: falta de cooperação, falta de confiança e disputas entre eles, como se pôde concluir por meio de seus relatos. Cabe ressaltar que para a Psicodinâmica do Trabalho a saúde é uma conquista diária. Portanto, não há saúde individual, já que a saúde depende de uma dinâmica intersubjetiva e está fundamentalmente ligada à qualidade do comprometimento da pessoa na relação com o outro.

Em face da importância deste tema, é pertinente também refletir sobre a situação atual tanto da instituição como da área da saúde, para o benefício de pacientes e trabalhadores. A instituição encontra-se sob novas formas de gestão, considerada pelos profissionais como “intransigente”, “distante”, não permitindo o diálogo e as negociações relativas às necessidades de satisfação e saúde dos profissionais, como foi relatado por eles próprios. A organização do trabalho encontra-se engessada pela rigidez das normas institucionais, causando vivências de sofrimento, medo e doenças ocupacionais.

Os resultados desta pesquisa almejam contribuir no âmbito institucional para que haja reflexão e mudanças quanto às práticas de gestão de pessoas que favoreçam o diálogo e a reestruturação de normas e serviços. Diante dos resultados alcançados, este estudo alerta para os níveis de insatisfação e sofrimento dos médicos e enfermeiros da unidade de emergência. Este estudo pretende dar visibilidade e fomentar a discussão sobre os riscos a que estes profissionais se submetem diante das crescentes demandas, da ampliação de exigências por produtividade, escassez de recursos, dos anseios da população, da precarização das condições de organização e da execução do trabalho de emergência em saúde.

Sugere-se, também, a promoção de medidas que favoreçam a melhoria das

relações socioprofissionais e estimulem a compreensão de que a colaboração leva ao desenvolvimento no trabalho, à satisfação e à união profissional, possibilitando o respeito e o coleguismo entre os integrantes das equipes. Assim, poderiam estimular a criação e o fortalecimento dos coletivos de trabalho, o que por sua vez, iria suavizar as vivências de sofrimento e o enfrentamento dos riscos de adoecimento e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, do atendimento aos usuários e o bem estar entre a equipe.

No âmbito social, esta pesquisa permitiu ampliar os estudos sobre os profissionais de saúde, especificamente médicos e enfermeiros, e suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho, diante da má estruturação do sistema de saúde e do descaso com a saúde do trabalhador e dos usuários. É evidente a necessidade de alertar para que mudanças ocorram, visando à modificação do atual cenário da saúde do país.

Este estudo mostra que o conhecimento dessa realidade ainda não foi suficiente para a conscientização por parte dos gestores e autoridades competentes no sentido de valorizar as necessidades de reestruturação do atual sistema de saúde na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS. Também foi constatado no que se refere aos serviços de emergência que a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde é um fator que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços. A demanda ampliada dos serviços de emergência gera desorganização da própria unidade, baixa qualidade do atendimento e gastos desnecessários, resultando no uso indevido dos recursos disponíveis, já insuficientes. Também repercute negativamente na garantia dos direitos de cidadania, particularmente no que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, necessidade primordial da população, na medida em que persistem tais problemas.

Diante da complexidade e de tantos problemas, faz-se necessário promover a reestruturação do conceito de prioridade no atendimento de emergência a pacientes gravemente enfermos ou politraumatizados que correm riscos de morrer e que necessitam de assistência imediata, sendo necessário executar um melhor

dimensionamento do tempo e do espaço terapêutico. O desafio que se faz presente e consiste em fazer funcionar o SUS com todo seu potencial de qualidade enfatizando o aumento da responsabilização e dos vínculos das equipes na modificação do acolhimento nos serviços de emergência, na integração e constituição de redes assistenciais.

Portanto, apesar das limitações deste estudo, por abordar apenas uma unidade, imersa em um vasto contexto, sugere-se que novos estudos sejam realizados até que se possa compreender melhor os processos subjetivos dos trabalhadores que possibilitem diminuir os riscos de adoecimento e a valorização da profissão. Dessa forma, para o estudo da saúde do trabalhador, aponta-se a importância de se vislumbrar cada contexto de trabalho, pois é na sua particularidade e complexidade que se constroem as relações e os meios que favorecem a saúde ou o adoecimento. Tendo isso em mente, fica a sugestão de que mais estudos inspirados no ITRA sejam realizados, considerando-se diferentes categorias de trabalho.

Acredita-se, ainda, na relevância de se considerar o significado atribuído pelos seres humanos a suas experiências pessoais, uma vez que é a partir delas que se pode compreender de forma mais abrangente as manifestações físicas e psíquicas de uma coletividade. Para os profissionais, os médicos e os enfermeiros acredita-se que há o desafio de investir esforços para configurar a prática terapêutica, gerencial e assistencial em serviços de emergência hospitalar contribuindo ativamente para mudar o cenário que se apresenta. É provável que não haja uma mudança imediata deste quadro ou, talvez, não exista mesmo uma solução ideal, mas é possível acreditar na mudança, por meio da conscientização de todos os envolvidos, inclusive a população, e da promoção de discussões coletivas que favoreçam um processo de reformulação constante da atual situação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Marília. **Organização do trabalho na enfermagem**. 1991. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1991.
- ALVES, Marília. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. 1996. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.
- ALVES, Marília; PENNA, M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago., 2004.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS Maria Helena Pires. O que é filosofia? In: ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1993. Cap. 5, p. 42-53.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas. 1975.
- AUBERT, N. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F. (coord.). **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas, 1993. p. 165-171.
- AVELAR, Vanessa L. L. M. de. **Configuração identitária de enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de urgência**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2009.
- AZEVEDO, C. S.. **Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.
- AZEVEDO *et. al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.
- BARBOZA, Denise Beretta; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraides. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, mar./abr. p.177-83, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

- BARROS, Vanessa Andrade. O trabalho na contemporaneidade: delimitações em um mundo de exclusões. **Subjetividade(s) e sociedade**: contribuições da psicologia. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2009. P. 142-160.
- BARROS, Vanessa Andrade; CARRETEIRO, A. P. Clínicas do Trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 208-226.
- BAUER, M. W. Classical Content Analysis: a review. In: BAUER, GASKELL, G. (orgs). **Qualitative researching**: whith Test, image and sound. London: Sage, 2000. p. 131-151.
- BERGAMINI, C. W; CODA, R. **Psicodinâmica da vida organizacional**: motivação e liderança. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- BOHLE, F.; MILKAU, B. Von Handrad zum Bildschirm. Tradução Francesa. In: **DE LA MANIVELLE à l' écran: l'évolution de l'écran, l'expérience sensible dès ouvries lors dès changements technologues**. Paris: Eyrolles, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1987.
- BRITTO, Maria José Menezes. **A conquista identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte**. 2004, 393 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2004.
- BORGES, Reene Burda Moutinho; CARRETEIRO, T. C. Jornalistas de olho no cronômetro. **Pulsional – Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.73-83, 2009.
- CALDEIRA, Geraldo. Apresentação II. In: MELEIRO, Alexandrina Maria Augusta da Silva. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2001. p. 17.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CASTELLANOS, B. E. P. *et. al.* Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 1989, Florianópolis. **Anais...**

Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p. 147-69.

CECILIO, L. C. O. Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun.1997.

CHALITA, G. **O poder**: reflexões sobre Maquiavel e Etienne de La Boétie. São Paulo: RT, 2005.

CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. 2. v.

CHANLAT, Jean-François. O ser humano, um ser de palavra. IN: CHANLAT, Jean François (Cord). **O indivíduo nas organizações**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. 3 v. p. 20-21.

CHANLAT, Jean-François. O desafio social da gestão: a contribuição das Ciências Sociais. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 110-131.

CLOT, Yves. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 71-83.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COLLIS, J.; HUSSEY. R. **Pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

COOPER, C. (ed.). **Managerial Occupational and organizational stress research**. Londres: Ashgate, 2000.

CORONETTI, A. *et. al.* O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA, A. P. P. R. F.; CUNHA, G. R.; TRAJANO, A. **Diagnóstico administrativo dos setores SEC/SAC/SAV da emergência do Hospital João XXIII**. Belo Horizonte, out. 2003. 73 f. mimeo.

COSTA, Augusto César de Farias. **O médico, seu trabalho e sua saúde mental**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo,

Ribeirão Preto. 2005.

D' ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade**: enfoque psicodinâmico. 6. ed. São Paulo: Difel, 1994. Cap. I, p. 9-29.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama a lâmpada**: a identidade social do enfermeiro. Niterói: UFE, 2000.

DAL PAI, D. **Enfermagem, trabalho e saúde**: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-44, maio/jun. 2008.

DE CARLO, M. M. R. DO P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. DEL C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. DO P.; LUZZO, M. C. de. **Terapia ocupacional**: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 1, p.4-28.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Coord.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 1 v. p.149-174.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, Christophe. **O fator humano**. Trad. Maria Irene S. Betiol e Maria José Tonelli. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

DEJOURS, Christophe. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, Selma; ZNELWAR, Laerte Idal (Org). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 3, p.127-139.

DEJOURS, Christophe. Psychologie Clinique du travail et tradition compréhensive. In: CLOT, Yves. (Org). **Les histoires de la psychologie du travail**: approche pluridisciplinaire. Toulouse: Octares Éditions, 1999.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, E. JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: constituições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DUPAS, G. *et. al.* A importância do interacionismo simbólico na prática da enfermagem. **Ver. Esc. Enfermagem USP**, v. 31, n.2, p. 219-26, ago., 1997.

DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso**: ou progresso como ideologia. São Paulo:

Unesp, 2006.

DUTRA, Rozeli de Fátima. **Qualidade de vida no trabalho**: o caso de uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2008.

FARIA, J. H. A Instituição da violência nas relações de trabalho. In: FARIA, J. H. (Org.). **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007.

FELDMAN, C. **Encontro**: uma abordagem humanista. Belo Horizonte: Editora Crescer, 2004.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudo de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 3, p. 93-105, 2001.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e riscos de adoecimento**: o caso dos Auditores-fiscais da previdência social brasileira. Brasília: Edições Ler, Pensar, Agir, 2003.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1996.

FREUD, S. Além do Princípio do Prazer [1920]. In: **EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976. 21 v.

FREUD, S. O mal estar na civilização [1930]. In: **EDIÇÃO standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976. 21 v.

GAULEJAC, V. S. A nova gestão paradoxal. In: In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 84-98.

GERNET, Isabelle; DEJOURS, Christophe. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 61-70.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Adine de Gruyter, 1967.

GUEDES, M. N. **Terror psicológico no trabalho**. 2 ed. São Paulo: LTr, 2004.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr., 1995.

GODOY, S. C. B. **Prazer e Sofrimento do Enfermeiro na relação com o trabalho**:

estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HERNANDES, Janete C.; MACEDO, Kátia B. Prazer e Sofrimento no trabalho numa empresa familiar: o caso de um hotel. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, SC, v. 1, n.1, jan/jun, p.7-19, 2008.

HONÓRIO, Luiz Carlos. **Cisão e privatização**: impactos sobre a qualidade de vida no trabalho de uma empresa de telefonia celular. 1998. 199 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1998.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: MG Editores, 2005.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Curitiba, v. 2, n.1, p. 239-265, 2004.

LA BOËTIE, E. **O discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LANDMANN, Jaime. **A outra face da medicina**: um estudo sobre as ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

LHUILIER, Dominique. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-58.

LIMA, F. P. A.; BARROS, V. A. Do assédio moral às exigências do trabalho. In: VIEIRA, C. E. C. **Assédio**: do moral ao psicossocial. Curitiba: Juruá, 2007.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimento recentes na França. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p.10-15, 1998.

LIMA JÚNIOR, J. H.; ÉSTER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

LIMA JÚNIOR, J. H.; CASTANHA, A. L. B. O trabalhador médico: prazer e dor como ofício. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 35., 2011. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

LIMA JÚNIOR, J. H. V. **Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional.** 1998. 409 f. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. 1998.

LINHARES, N. J. R. **Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro:** um estudo na UTI de um hospital público. 1994. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 1994.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho:** contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. 288 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1995.

LUNARDI FILHO, D. W.; LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino da enfermagem e da administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-66, 2006.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Rev. de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-7, jul./set. 1996.

MARCUSE, H. **Eros e civilização:** uma interpretação filosófica do pensamento de Freud. Trad. Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1968.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina:** crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARTINS, J. T. **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia intensiva:** estratégias defensivas. 2008. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

MARX, K. **O capital.** São Paulo: Abril Cultural, 1993.

MARX, K. Trabalho estranho e a propriedade privada. In: ANTUNES, R. (Org.). **A dialética do trabalho:** escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 174-195.

MEDEIROS, Maria Heloísa da H. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social.** São Carlos: Husitec, 2003.

MELEIRO, M. A. S. **O médico como paciente.** Lemos Editorial São Paulo, 2001.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Psicodinâmicas do trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Ana Magnólia. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações para saúde mental do trabalhador. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 27-32, 1996.

MENDES, Ana Magnólia. **Valores e prazer-sofrimento no contexto organizacional.** 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília. 1999.

MENDES, Ana Magnólia. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório de uma empresa pública de telecomunicações.** 1994. 125 fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 1994.

MENDES, Ana Magnólia; CRUZ, R. M. Trabalho e Saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. (Org). **Cultura e saúde nas organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004, . Cap. 2., p. 39-55.

MENDES, Ana Magnólia; LINHARES, N. J. A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 267-28, 1996.

MENDES, Ana Magnólia; ABRAHÃO, J. I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDES, Ana Magnólia; FERREIRA, M. C. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap.5, p. 111-126.

MENDES, Ana Magnólia; MORRONE, C. vivências do prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A.M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco.** Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2002. p. 25-42.

MICHEL, Maria H. **Metodologia e pesquisa científica em ciência sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos.** 2.ed, atual e ampl. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000..

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORRONE, C. F. **Só para não ficar desempregado: resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo com trabalhadores em atividades informais.** 2001.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília. 2001.

MURGATROYD, S.; MORGAN, C. **Total quality management and school.** Buckinham: Open University Press, 1993.

DE CARLO, M. M. R. do P.; BARTALOTTI, C. C.; PALM, R. Del C. M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M. M. R. do P.; LUZZO, M. C. de. **Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares.** São Paulo: Roca, 2004. Cap. 1, p. 4-28.

PAGÉS, M.; BONETTI, M.; DEGAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. **O poder das organizações.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em seguridade social, 1998.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício.** 5. ed. São Paulo: Annablume / Hucitec, 2003.

QUIVY, M; CAMPANHOUDT; L. V. **Manual de investigação em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Gradva; 1998.

REZENDE, Jofre M. de. O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências. In. ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA, 16., 2002. **Anais...** Belo horizonte: DAAB, 2002.

RIBEIRO, R. B. **A fadiga médica: suas causas e consequências.** 1989. 119 f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro. 1989. Mimeo.

RIO, R. P. **O fascínio do stress.** Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. Perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 93-107. Cap.10.

RODRIGUES, Tiana Rita dos Santos. **Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral filantrópico.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SÁ, Marilene de Castilho. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência.** 2005. 454 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2005.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LÚCIO, P. B., **Metodologia de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalho**

da saúde: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: Editora UNIJUI, 2007.

SANTOS, Leila Fátima. **Qualidade de vida no trabalho:** um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas de um hospital público municipal Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2008.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-40, 1998.

SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF.2007.

SCHWARTZ, Yves. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea (orgs.). **Clínicas do trabalho:** novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p. 132-166.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida.** São Paulo: Ibrasa, 1959.

SENTONE, Andreza Daher Delfino; GONÇALVES, Aurora Aparecida Fernandes. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 23, p. 33-38, jan/dez 2002.

SILVA, M. M. A. **Trabalho médico e o desgaste profissional:** *pensando um método de investigação.* 2001. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SOUZA, Paulo Henrique R.; GRISCI, Carmen Lúcia. Trabalho imaterial e sofrimento psíquico: o pós fordismo no jornalismo industrial. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005 Brasília. **Anais...** Brasília :ANPAD, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALERIANO, J. C. S.; GARCIA, F. C. Racionalidade substantiva: verificação empírica da teoria do brasileiro Guerreiro Ramos. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, Luiz Carlos (coord.). **Administração, metodologia, estratégia.** 2. ed. Curitiba: Juruá, 2007. P. 103-121.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2007.

VIEIRA, A. P. **Prazer, sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília. 2005.

VIEIRA, Raymundo Manno. **A medicina.** Rio de Janeiro: Rúbio, 2004.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Prezado(a),

Solicito a sua colaboração em responder algumas questões que irão embasar minha dissertação de mestrado referente à vivências de Prazer e Sofrimento em será atuação profissional no HRR.

Antecipadamente agradeço.

A) Apresentação

- 1) Nome: _____
- 2) Sexo: () Feminino () Masculino
- 3) Idade: _____
- 4) Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () viúvo(a) () Desquitado(a) () Outros
- 5) Tem filhos? () Sim () Não
- 5.1) Se caso possua, quantos: _____
- 6) Tempo de serviço na profissão: _____

B) O perfil do trabalho

- 1) Qual a sua jornada de trabalho? () 40 horas () 20/20 horas () 20 horas
- 4) Você trabalha em mais de uma instituição? () Sim () Não
- 6) Quantos plantões semanais você realiza? _____
- 7) Você trabalha próximo a sua residência? () Sim () Não
- 8) Que tipo de transporte utiliza para ir ao trabalho? _____
- 9) Quanto tempo leva no percurso de sua residência ao trabalho e vice-versa: _____

Nereida Maria G. Coelho Barros

Luiz Carlos Honório
(orientador)

ROTEIRO DE ENTREVISTA

a)Contexto de trabalho:

a.1- Organização do trabalho:

1. Como você vê seu trabalho de médico (a) / enfermeiro (a), exercendo sua atividade profissional no HRR? Fale sobre seu ritmo de trabalho.
2. Em relação ao tempo disponível, para a realização das tarefas, qual é a sua opinião? De que forma são cobrados os resultados neste sentido?
3. Como você considera o número de profissionais em relação à realização das tarefas?
4. Como é feito o planejamento do trabalho? De que forma as pessoas que realizam as tarefas participam do planejamento?
5. Como você lida com a fiscalização de seu trabalho e com a cobrança por desempenho? Você desenvolveu alguma estratégia para conviver com esta situação? Se sim, quais foram?

a.2- Condições do trabalho:

6. Descreva o ambiente físico de seu trabalho e explique por que você o considera adequado ou não para a realização das tarefas.
7. Em relação à segurança das pessoas, quais são as condições oferecidas pelo HRR?
8. Qual é a sua opinião a respeito dos instrumentos e equipamentos utilizados em seu trabalho? E em relação ao material de consumo?

a.3-Relações sócio- profissionais:

9. Como você vê a distribuição de tarefas? O que é feito para que elas sejam definidas com clareza?
10. Como se dá a integração e cooperação entre os colegas de trabalho? Há disputa entre os profissionais no seu ambiente de trabalho? Fale um pouco a esse respeito.

11. O que você pensa a respeito da comunicação entre a chefia e os subordinados? Como é o seu acesso às informações que você precisa para executar suas tarefas?

b) Custos do trabalho:

b.1-Custo físico:

12. Descreva os principais esforços físicos necessários ao exercício de suas funções laborais e o que eles representam para você.

b.2-Custo cognitivo:

13. Sabe-se que o trabalho de emergência em saúde exige dos profissionais, habilidade para resolver muitos problemas e administrar situações imprevistas. Como isso acontece no seu dia a dia de trabalho?
14. Como você percebe os desafios intelectuais, impostos pelo seu trabalho?

b.3-Custo afetivo:

15. Sabe-se também que a natureza do seu trabalho exige de você um forte controle de suas emoções. Fale um pouco a esse respeito. Você precisa disfarçar seus sentimentos? Se sim, em quais situações?
16. Não é raro existirem ordens contraditórias no cotidiano de trabalho ou ocorrerem situações que o levam, a transgredir os valores éticos. Como você convive com esta realidade?
17. Em relação ao seu humor durante o trabalho, como são as exigências neste sentido?

c) Sentido do trabalho:

c.1-Vivências de prazer:

18. Como você se identifica com o que faz? Em quais situações você se sente satisfeito e motivado em relação ao trabalho que você desenvolve?
19. Em que níveis e circunstâncias você se sente livre para expressar suas opiniões em relação ao trabalho, perante a chefia e os colegas? Como se dá a relação de confiança entre vocês?

20. O que o faz sentir orgulho pelo que faz? Pode nos falar sobre sua realização profissional?
21. Como e em que situações você se sente útil, reconhecido e valorizado pelo seu trabalho no HRR?
22. Em quais situações seu trabalho lhe proporciona bem estar e você se sente gratificado?

c.2-Vivências de sofrimento:

23. Como você vivencia as insatisfações em seu trabalho? O que o faz sentir-se inseguro ou temeroso?
24. Como você considera sua sobrecarga emocional? Você desenvolveu alguma estratégia para conviver com esta situação? Quais?
25. A falta de reconhecimento pelo esforço profissional e a falta de valorização pelo desempenho, geralmente são causas de sofrimento dos trabalhadores, neste sentido, o que você poderia relatar no seu caso?
26. Sabe-se que a convivência profissional, geralmente traz algumas situações constrangedoras. Que situações em seu trabalho você classificaria como discriminatórias? Por quê?
27. Você poderia descrever alguma situação em que se sentiu injustiçado no trabalho?

d) Danos do trabalho:

d.1-Danos físicos:

28. Como você avalia os danos físicos do seu trabalho? Em sua atividade profissional, você desenvolveu algum tipo de lesão física, algum tipo de distúrbio respiratório, digestivo ou circulatório? Em caso positivo, você pode dizer quais foram?

d.2-Danos psicossociais:

29. Em que sentido você vive conflitos nas relações familiares ou sociais em decorrência da situação de trabalho?

30. Diante do que experimenta em seu trabalho você às vezes, sente vontade de largar tudo? Ou escolheria novamente esta profissão? Fale um pouco sobre suas principais perdas e ganhos profissionais.