

# **SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MANAUS**

*por*

*Hildes Delduque Farina*

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal* Prof. Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego  
*Segunda Orientadora* Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego

Manaus, junho de 2004.

*Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES*  
*Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane*  
*Universidade Federal do Amazonas*

*Esta dissertação, intitulada*

**SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO ENTRE MÉDICOS E  
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL DE MANAUS**

*apresentada por*

*Hildes Delduque Farina*

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. David Lopes Neto

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza Garnelo Pereira

Prof. Dr. Sérgio Tavares de Almeida Rego – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 09 de junho de 2004.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, essa força maior que me amparou em todos os momentos.

Aos meus Orientadores, que acreditaram em mim, lançando sementinhas de esperança.

Às minhas grandes colegas e amigas do curso: Keila, Michele, Cecília Regis e Rose, que não me deixaram desistir.

Aos meus estagiários: Jaque, Carol e Moisés, sem os quais este trabalho teria sido mais árduo.

À Lúcia e Ana Guita, pessoas especiais no meu coração, que muito me ajudaram a encontrar minhas próprias hipóteses.

Ao Gilnei, que esteve comigo nas horas mais difíceis, dando o apoio necessário.

À Camilla, que com sua atenção e boa vontade ajudou a dar um brilho especial a este trabalho.

Ao pessoal do hospital que muito contribuiu para que eu pudesse avançar, fornecendo subsídios e abrindo janelas para que eu enxergasse melhor a realidade do hospital.

A mim, que mesmo diante de toda a insipidez e solidão do deserto, acreditei que poderia conhecer um pedaço do oásis.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>2</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO 1 – SAÚDE MENTAL E TRABALHO</b>	<b>11</b>
<b>1.1 – Estresse</b>	<b>11</b>
<b>1.2 – Síndrome de Burnout</b>	<b>13</b>
<b>1.3 – Sofrimento Psíquico</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 2 – O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: TRAJETÓRIAS</b>	<b>20</b>
<b>2.1 – Da Psicopatologia do Trabalho à Psicodinâmica: Um novo olhar</b>	<b>25</b>
<b>2.2 – Defesas e Resistências</b>	<b>26</b>
<b>2.3 – Mecanismos de Defesa e o Trabalho</b>	<b>27</b>
<b>2.4 – As Defesas e o Profissional de Enfermagem</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 3 – ALGUNS ESTUDOS PRECEDENTES</b>	<b>30</b>
<b>3.1 – Estudos sobre Estresse entre Pessoal de Enfermagem e Médicos</b>	<b>30</b>
<b>3.2 – O Estresse e o Profissional de Medicina</b>	<b>34</b>
<b>3.3 – Sofrimento Psíquico e Saúde do Trabalhador</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>51</b>
<b>4.1 – Desenho do Estudo: Como foi realizada a pesquisa</b>	<b>51</b>
<b>4.2 – Instrumentos</b>	<b>52</b>
<b>4.2.1 – Self-Report Questionnaire – SRQ-20</b>	<b>52</b>
<b>4.2.2 – Entrevistas</b>	<b>53</b>

<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>56</b>
<b>5.1 Caracterização da População do Estudo</b>	<b>57</b>
<b>5.2 – O Pronto-Socorro</b>	<b>59</b>
<b>5.3 – O CTI</b>	<b>61</b>
<b>5.4 – O Sofrimento Psíquico no CTI e no PS</b>	<b>64</b>
<b>5.4.1 – O Sofrimento Psíquico evidenciado pelas Entrevistas</b>	<b>64</b>
<b>5.4.2 – O Sofrimento Psíquico evidenciado pelo SRQ-20</b>	<b>67</b>
<b>5.5 – Resultados e Discussões das Perguntas Abertas</b>	<b>80</b>
<b>5.5.1 – Categorias de Análise</b>	<b>81</b>
<b>5.5.2 – Perguntas</b>	<b>82</b>
<b>CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>97</b>

## RESUMO

Este trabalho objetiva mostrar e analisar o sofrimento psíquico entre médicos e enfermeiros lotados no Centro de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro de um hospital público, observando-se as influências que o contexto organizacional exerce sobre os profissionais de saúde.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, com observação direta e aplicação do *Self-Report Questionary-20*, como indicador de sofrimento psíquico.

Trouxemos para discussão temas concernentes ao sofrimento psíquico resultante de trabalhos de vários estudiosos de renome dedicados a este assunto.

Os dados levantados mais relevantes foram os referentes à maior incidência de sofrimento psíquico entre os profissionais que trabalham no pronto-socorro, pois o ritmo de trabalho, a falta de infra-estrutura e a sobrecarga de trabalho contribuem severamente para este sofrimento. Dentre estes, os residentes de Medicina formam a população que nos chamou atenção pela carga que enfrentam no dia-a-dia. Diferentemente do CTI (Centro de Terapia Intensiva), em que os profissionais, embora estejam lidando com situações em que exijam cuidados complexos com o paciente, têm a seu favor equipamentos, tecnologia e pessoal mais especializados.

**Palavras-Chave:** sofrimento psíquico; saúde mental; saúde do trabalhador, hospital e carga psíquica.

## ABSTRACT

This assignment has the aim of showing and analyzing the psychic suffering among doctors and nurses who are working at the Intensive Therapy Center and at the Ready-Help of a Public Hospital as well. Observing the influences, which the organizational status may cause in the health of those professionals.

To do such, observation, we treat subjects about psychological suffering that was developed by several famous researchers.

This data has been abstracted from semi-structured interviews, direct observation and with the application of the self-report questionnaire (SRQ-20), indicates of how bad is the problem concerned here.

The data we have the most concerning is among the professionals who work at a ready-help, because the work routine, lacks infrastructure and the long hours of labor. among the doctors, the residents called our attention because of labor hours they struggle every day and seem powerless against such situations.

Unlike the ICU (Intensive Care Unit) however where the professionals are dealing with complex situation and specialized staff thus making a positive environment where they feel supported and confident and ready to handle situations.

**Key Words: psychic suffering; mental health; the worker's health, hospital and psychic load.**

## APRESENTAÇÃO

O objetivo desta dissertação é discutir as relações entre o trabalho e o sofrimento psíquico de médicos e enfermeiros que trabalham no Pronto-Socorro e no CTI (Centro de Terapia Intensiva) de um Hospital Geral em Manaus.

Não é preciso muito tempo de observação em um pronto-socorro hospitalar universitário para perceber-se quanto o ritmo do trabalho é frenético: a chegada de pacientes com traumatismos diversos; a falta de acomodações para estes pacientes; a demanda que parece ultrapassar o nível de atenção dos profissionais; a espera prolongada de pacientes que precisam de atendimento imediato; a falta de profissionais e outros aspectos que chamam atenção de qualquer um que se deixe ficar observando em um pronto-socorro. Enfim, um ambiente que acreditamos inspirar, de imediato, preocupação e inquietude para maioria dos expectadores.

Certamente, esse é um ambiente fértil para vários tipos de investigação. Daí nasceu o nosso interesse em pesquisar e conhecer mais a fundo o que se passa nesse serviço. Uma clínica que serve, na maioria das vezes, como “porta de entrada” para os pacientes seguirem para outras clínicas, de acordo com a especificidade de cada caso.

Desta forma, inúmeras indagações a serem respondidas afloram, tais como: será que esses profissionais têm algum tipo de sofrimento? De que forma os profissionais desta clínica se relacionam com seus pacientes? E entre os colegas, há harmonia? Quais serão suas maiores dificuldades?

Essas e outras questões foram formuladas e procuramos respondê-las através de seus próprios atores.

Quanto ao Centro de Terapia Intensiva, este merecia receber um novo olhar, pois ainda é um espaço reconhecidamente tido como mórbido, onde profissionais lidam com pacientes graves e às vezes até sem chances de vida.



Embora seja diferente do pronto-socorro com equipamentos muito mais sofisticados, este fator parece não impedir que a equipe possa ter preocupações e desgaste. Nossa pesquisa voltou-se também para conhecer como era a atuação dos profissionais que lá trabalham, o ritmo e seu nível de sofrimento.

Assim, conhecendo mais de perto o funcionamento destas duas clínicas (aparentemente tão diferentes), esperamos poder tecer considerações mais ricas e precisas acerca da realidade do trabalho dos profissionais que ali são lotados, bem como os pontos que convergem ou divergem estas clínicas entre si, para assim traçar um perfil comparativo.

Além do mais, trazer à baila um tema transversal e interdisciplinar como o sofrimento psíquico do trabalhador de saúde é, antes de tudo, instigante e complexo. Abordá-lo é trazer reflexões diversas a respeito do próprio conceito de saúde e sofrimento psíquico, como também os possíveis determinantes do sofrimento para os trabalhadores de saúde, tais como: a natureza do trabalho que desenvolvem, os aspectos organizacionais e as relações interpessoais presentes nesta instituição.

O interesse pelo tema partiu da minha inserção na rede pública hospitalar, tendo trabalhado como psicóloga em hospital psiquiátrico e atualmente em hospital geral. As experiências possibilitaram observar quanto os profissionais de saúde são exigidos (e exigem-se) para executar satisfatoriamente seus trabalhos junto aos pacientes e equipe. Embora dor, mutilações e morte façam parte da natureza do trabalho, e mesmo que isso comprometa, na maioria das vezes, a sua própria saúde mental, os profissionais em geral não encontram apoio e cuidados adequados que necessitam para lidar satisfatoriamente com estes aspectos. Algumas vezes até negando que precisam de ajuda.

Minha prática em Psicologia no hospital (onde atualmente exerço minhas atividades profissionais) começou pelo atendimento aos pacientes nos leitos das diversas clínicas, juntamente com equipe de estagiários de Psicologia sob minha supervisão no ano de 1995. Com o desenvolvimento dos trabalhos psicológicos, começamos a receber solicitações de atendimentos de profissionais de saúde que

também buscavam auxílio e apoio psicológico. Eram enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, residentes de Medicina (nunca médicos do *staff*), funcionários da portaria e outros, tais como do refeitório e de serviços administrativos. As queixas eram as mais diversas, tais como: cansaço; estresse; dificuldades com colegas; excesso de trabalho; falta de valorização pela chefia e pela direção, além de outros assuntos nos quais o sofrimento relacionado ao trabalho estava invariavelmente presente.

Diante de tal demanda, passamos a desenvolver uma programação voltada para o corpo de funcionários do hospital a ser efetivada paralelamente, de forma que, mesmo com a falta de tempo de todos eles, os trabalhos foram realizados. Às vezes utilizando-se as próprias instalações do hospital (auditórios), outras em ambiente extramuro, como o sítio de um funcionário que fazia questão de cedê-lo.

Tivemos, assim, vários programas criados pelo Setor de Psicologia, tais como: “Um minuto para mim”, “Motivando para mudar” e “O cliente como meta”. Esta programação era, na maioria das vezes, realizada em grupos diversificados e seus conteúdos voltados para o autoconhecimento, integração grupal, motivação, lidar com conflitos e relaxamento, levando-se em conta que “*o conhecimento de que o trabalho adoece é milenar*” (Pitta; 1994: 18). *A priori*, estes encontros terapêuticos objetivavam suavizar o desgaste causado pela rotina da instituição a que os funcionários vinham se queixando, assim como restabelecer a harmonia nas relações interpessoais.

Com a continuidade do trabalho que também visava prosperar a qualidade do atendimento, foram observadas algumas mudanças (bem-estar de funcionários, mais receptivos no ambiente de trabalho uns com os outros). Mas, estas mudanças não permaneciam sem o estímulo daqueles programas e os funcionários voltavam a queixar-se basicamente das mesmas coisas, solicitando “passeios” e “brincadeiras” como costumavam chamar os encontros.

Após estes eventos tínhamos um *feedback* positivo através de avaliações escrita e oral, além dos comentários nos corredores no dia-a-dia do hospital dos que foram e

dos que gostariam de ter ido, fato este que nos chamava sempre atenção da importância da continuidade destes trabalhos.

Algumas vezes, a direção do hospital solicitou da Psicologia o direcionamento de seus trabalhos aos funcionários, e não mais apenas aos pacientes. Diante das solicitações, deparamo-nos com um impasse, uma vez que a equipe da Psicologia tinha um número reduzido de pessoas, e atender pacientes e funcionários, ao mesmo tempo, tornava-se um desafio. Perante a tais exigências contextuais, procuramos atender, na medida do possível, ambas as partes, embora sabendo que não conseguiríamos atingir a demanda existente.

Por outro lado, não podíamos deixar de considerar este movimento da instituição demonstrando preocupação com os funcionários, pois sabemos que nem sempre as organizações priorizam este tipo de atividade, algumas vezes por não valorizá-las, outras simplesmente por não conhecê-las. Tais contingências demonstram a relevância da investigação desta questão nesse hospital em particular.

Desde da revolução pós-cartesiana, mente e corpo passaram a ser percebidos como pertencentes a um mesmo sistema integrado e integrador, e os estudos relativos à saúde ganharam uma nova ótica, principalmente no que diz respeito à saúde mental, que vem conquistando sua importância no cenário mundial.

As pesquisas sobre as relações entre saúde mental e trabalho são bastante recentes na comunidade científica. A França, desde o final da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, é apontada como um dos países que iniciou pesquisas e projetos sobre este tema, pois foram observadas situações ansiogênicas do confronto bélico contribuindo para que vários profissionais se interessassem em investigar as causas coletivas ligadas à situação do trabalho, capazes de conduzir a quadros psicopatológicos (Seligmann-Silva, 1994). No Brasil, somente a partir dos anos 80 que tais estudos começaram a ganhar força.

Considerar o significado subjetivo que o trabalho tem para cada um, além de função social de sobrevivência e o local onde os indivíduos passam maior parte de seu tempo, é admitir também que este trabalho agrega a função de sonhos, afetos, aspirações e por que não de desilusões, quando as expectativas criadas são frustradas? Desta forma,

essa vivência subjetiva do sujeito com o seu trabalho poderá ser traduzida em bem-estar ou mal-estar.

Podemos embasar tais afirmações em Dejours (apud Jacques, 2002) quando afirma que o processo de trabalho repercute sobre a saúde do trabalhador e é derivado tanto das condições como da organização deste trabalho. As primeiras estão relacionadas às condições físicas do ambiente de trabalho que refletirão sobre o aspecto físico do trabalhador e a segunda dizem respeito à divisão técnica e social do trabalhador que repercutirão sobre sua saúde psíquica.

Dessa forma surgem preocupações com questões que tangem a saúde mental dos trabalhadores, principalmente ao tratar-se de trabalhadores que trazem no bojo de seus serviços de saúde o cuidado com o outro e todas as vertentes imbricadas que aí se situam.

Diversos estudos demonstram não apenas a relevância política da realização de uma investigação deste tipo, como também sua importância científica. Nesta esteira, tomemos como exemplo o entender de Pitta (1994: 19), quando afirma que: “(...) *a insalubridade ou penosidade, isto é, a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da própria natureza deste trabalho de sua organização, evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento que agem dinamicamente e eficientemente entre si e com outras, estariam no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno*”.

Compreende-se, assim, que a natureza e a organização do trabalho hospitalar podem adoecer os que nele trabalham, pois esses trabalhadores vivem expostos aos mais diversos tipos de estimulação ante as exigências profissionais, e lidam com a vida e a

morte constantemente, o que lhes propicia sentimentos contraditórios como o poder e onipotência. E isto certamente poder ser catalisador de sofrimento.

Mas é claro que o trabalho hospitalar não pode e não deve ser considerado apenas um sofrimento. Possivelmente, a maioria dos que lá trabalha, fá-lo por entender que aquele é o ambiente ideal para a sua prática profissional, pois *“este mesmo objeto de trabalho, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória quando condições facilitadoras permitam aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas”* (Pitta, 1994: 19).

O reconhecimento social do trabalho do profissional de saúde serve como mola propulsora para suas ações e os motiva para que continuem desenvolvendo suas tarefas buscando a realização pessoal e profissional. A respeito da importância da valorização e reconhecimento do profissional citemos: *“O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção ao de sua identidade. E isso se traduz efetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação. A identidade constitui a armadura da saúde mental”* (Dejours, 2001: 34). E, assim, Dejours nos mostra a dimensão que o trabalho ocupa na identidade dos indivíduos, contribuindo para o seu fortalecimento enquanto pessoa, legitimando sua criação.

Ainda sobre a identidade e o trabalho, citemos uma pequena frase: (...) *“Não se nasce trabalhador, torna-se trabalhador”* (Silva Filho, 2001: 85), essa é uma das proposições que esse autor utiliza para demonstrar que o EU tem ideais a serem alcançados intermediados pela cultura, entre eles o trabalho, em uma eterna busca deste ideal. Explicando assim, porque a perda do emprego ou aposentadoria podem fazer a alma sofrer.

Mesmo sendo o trabalho sinônimo de realização, os trabalhadores encontram situações adversas que contribuem para o desprazer, dificultando a qualidade do seu desempenho que é o caso dos profissionais de saúde, como nos ilustra o autor abaixo:

*“A realidade atual da sociedade brasileira e as condições de trabalho e salário a que estão submetidos os trabalhadores de uma forma geral, são mediações que podem estar influenciando o processo de sofrimento experienciado pelos trabalhadores de saúde. Estes trabalhadores de saúde têm a incumbência de cuidar dos corpos doentes, trabalho que enfatizam e agravam as situações de sofrimento psíquico”.* (Oliveira, 1997: 43-44).

Este autor nos mostra que o trabalhador brasileiro sofre devido às condições a que está submetido em questões organizacionais referentes à gestão, e quanto ao profissional de saúde especificamente, acredita que tal sofrimento seja intensificado pelo objeto de seu trabalho, junto a pacientes que sofrem.

Assim, podemos mostrar a relevância da discussão e investigação deste tema no ambiente hospitalar uma vez e enfatizamos que, embora o prazer acompanhe o dia-a-dia das atividades destes profissionais nas instituições, estas atividades poderão contribuir para que tais trabalhadores se sintam em sofrimento, pois a falta de autonomia e criatividade, sentimentos contraditórios vivenciados, bem como a inexistência de um espaço para poderem falar de suas dificuldades, dores e angústias (para que favorecesse a elaboração de seus conflitos), tendem a maximizar o sofrimento psíquico e conseqüentemente os levar ao adoecimento.

Assim sendo, no primeiro capítulo procuramos apresentar o quadro teórico no qual se assenta nossa investigação. O Sofrimento Psíquico é o conceito-chave e a produção teórica da psicodinâmica do trabalho constitui o arcabouço teórico com o qual procuramos discutir os resultados da pesquisa no hospital. E mais, apresentamos alguns estudos realizados no Brasil que abordam a saúde mental relacionada ao trabalho em saúde, produção importante para ajudar-nos a discutir os dados da pesquisa.

Em seguida, no segundo capítulo, será possível observar a descrição do desenho da pesquisa assim como as dificuldades que surgiram no desenvolvimento da mesma.

No capítulo seguinte (terceiro), serão mostrados resultados e discussões, e o leitor terá oportunidade de verificar que os médicos, principalmente os recém-formados (residentes), apresentam alta frequência de sofrimento em relação aos demais profissionais investigados.

Na seqüência, serão dispostos os anexos com informações adicionais como: O SRQ-20 juntamente com as questões abertas, o termo de consentimento livre e esclarecido a estrutura organizacional da instituição em estudo, o quadro de tabulação das entrevistas abertas e seus percentuais específicos de acordo com a metodologia adotada.

Acreditamos que este trabalho poderá ser útil para o desenvolvimento de estratégias de cuidados direcionadas aos profissionais que exercem suas atividades neste hospital e em outras instituições voltadas ao trabalho de saúde.

## CAPÍTULO 1

### SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Antes de conceituar e aclarar minuciosamente o Sofrimento Psíquico, tema principal desta pesquisa, acreditamos ser importante fazer algumas considerações a respeito de proposições muito próximas ao termo para evitar mal-entendidos. Assim, apresentamos neste capítulo os conceitos de estresse, síndrome de Burnout e sofrimento psíquico, procurando, quando conveniente para os objetivos desta dissertação, estender a discussão, apresentando exemplos e pesquisas já realizadas, buscando contextualizar os conceitos e fundamentar a discussão realizada na dissertação.

#### 1.1. Estresse

Atualmente é muito comum o uso da palavra *estresse* com os sentidos mais diversos. São significados atribuídos pelo senso comum a este termo, como: cansaço, ansiedade, frustração, dificuldade e outros. Desta forma, é necessário explicitarmos com qual significado estaremos utilizando o termo, para que não resulte em falsas premissas.

Abreu et al. (2002) nos apontam que já em 1936, Selye definiu estresse como sendo essencialmente o grau de desgaste total causado pela vida. Filgueiras e Hippert (2002) descrevem o termo como elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. No século 17 o termo foi utilizado por Robert Hooke, na área da Física, para designar uma pesada carga que afeta determinada estrutura física (Lazarus apud Abreu, 2002).

Uma coisa parece ser ponto pacífico: este fenômeno chamado estresse é extremamente complexo. E desta forma, Palácios (2001) destaca muitos autores ligados ao assunto. Estes apontam várias teorias, com diferentes perspectivas, concorrendo para explicação do referido fenômeno. Citemos alguns desses autores e suas construções teóricas a título de ilustração:



Meijman, (*apud* Palácios, 2001), destaca a perspectiva ecológica que, grosso modo, atribui a causa do estresse à falta de familiaridade entre empregado e tarefa. Huberman (*apud* Palácios, 2001), traz informações que poderiam ser situadas dentro de uma perspectiva mais sociológica ao dizer que a falta de controle sobre os meios de produção e do produto final do labor do trabalhador seria a causa de grande sofrimento. Já Karasek (*apud* Palácios, 2001), descreve como fonte de estresse o desequilíbrio entre alta demanda da tarefa atribuída ao empregado e os recursos psíquicos que o mesmo possui.

Filgueiras e Hippert (2002), por sua vez, em uma abordagem mais biológica do estresse, afirmam que este não é diretamente observável, caracterizando-se como o estado que se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), a qual se desenvolve em três fases: fase de alarme ou alerta; fase da resistência, e fase de exaustão. Na fase de alarme ou alerta, o organismo apresenta uma reação de lutar ou fugir diante do perigo e ameaças externas. Há liberação de adrenalina e corticóides. Na segunda fase, ou fase de resistência, o organismo utiliza seu potencial para manter-se íntegro. E oposta à fase anterior, muitos dos sintomas desaparecem, podendo ocorrer a sensação de desgaste. Caso o estressor persista, o organismo vivenciará a terceira fase, a de exaustão. E como o próprio nome está dizendo, nesta etapa o organismo estará com suas reservas de energia esgotadas e sentirá dificuldade de manutenção de mecanismos adaptativos, o que poderá levar à morte.

Lazarus (*apud* Abreu *et al*, 2002: 24) descreve quatro pressupostos essenciais que devem ser observados:

- 1) Um agente causal interno ou externo que pode ser denominado de estressor;
- 2) Uma avaliação que diferencia tipos de estresse (dano, ameaça e desafio);
- 3) Os processos de *coping*<sup>1</sup> utilizados para lidar com os estressores;
- 4) Um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo, freqüentemente referido como reação de estresse.

---

<sup>1</sup> O *coping* é definido como todos os esforços do controle, sem considerar as conseqüências, ou seja, é uma resposta ao estresse (comportamental ou cognitivo) com a finalidade de reduzir as suas qualidades aversivas (Gorenstein, 2000).

O estresse é visto como decorrência de um processo de má adaptação, em que diante de exigências internas ou externas o indivíduo não encontra respostas satisfatórias para continuar vivendo em harmonia dentro do seu possível.

*“Na verdade, a todo instante estamos fazendo movimentos de adaptação, ou seja, tentativa de nos ajustarmos às mais diferentes exigências, seja do ambiente externo, seja do mundo interno – este vasto mundo de idéias, sentimentos, desejos, expectativas, sonhos, imagens, etc., que cada um tem dentro de si”* (RODRÍGUEZ & GASPARINI, 1992: 99).

O estresse, portanto, envolve fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. A pessoa acometida por estresse deverá encontrar, ou ser ajudada a encontrar, mecanismos de defesa adaptativos para poder continuar a viver prazerosamente. Terá de repensar condutas e redimensionar sua percepção acerca de si mesmo e do que a rodeia.

## **1.2. Síndrome de Burnout**

O conceito de Burnout surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70 pelo psicólogo clínico Freudenberger. Esse autor juntamente com Richelson (1991), citados por Abreu et al. (2002), fizeram a descrição do indivíduo sendo acometido pelo Burnout. Este indivíduo sentir-se-á frustrado ou fatigado em consequência do maciço investimento em determinada causa, modo de vida ou em relações que não foram correspondidas. Burnout é uma forma de adaptação que pode resultar em efeitos negativos tanto para a pessoa que sofre como para o seu local de trabalho (Abreu et al., 2002). Sendo assim, sinaliza para uma tentativa de adaptação malsucedida em que o indivíduo encontra dificuldades tanto pessoais como no trabalho.

Maslach e Jackson (*apud* Vasques-Menezes, 2002) merecem destaque por sua definição de Burnout. Segundo estes autores, a síndrome em questão é um conceito multidimensional que envolve três componentes: exaustão emocional;

despersonalização, e redução da realização pessoal, os quais descreveremos abaixo para melhor compreensão.

A exaustão emocional caracteriza-se por um sentimento muito forte de tensão emocional que produz sensação de esgotamento da energia dos recursos emocionais próprios. A despersonalização é o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, indiferentes e cínicas em relação àquelas pessoas que entram em contato direto com profissional: *“O trabalho passa a ser lido pelo seu valor de troca; é a ‘coisificação’ do outro ponto da relação, ou seja, o paciente sendo tratado como objeto, de forma fria”* (Vasques-Menezes, 2002: 203). É a falta de realização pessoal no trabalho que atinge as relações interpessoais relacionadas à prática laboral em si. Os indivíduos sentem-se insatisfeitos com os resultados de seu trabalho, pois tendem a avaliar-se negativamente.

Delvaux( apud Silva, 2000: 14) acrescenta um quarto componente relacionado às fases da Burnout, que é a depressão. Entre outros sintomas apresentados a depressão traz em si a sensação de ausência do prazer de viver juntamente com a tristeza, afetando os pensamentos, sentimentos e o comportamento social. Vasques-Menezes (2002), caracterizou bem estes sintomas na seguinte citação: *“Um trabalhador que entra em burnout sofre ansiedade, melancolia, baixa auto-estima, sentimento de exaustão física e emocional. Compromete suas relações afetivas e sociais. Compromete a vida”*

Abreu et al. (2002) nos mostram que a Burnout não é um evento, é um processo, resultado de um prolongado processo de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse.

Percebemos que o indivíduo que está sofrendo de Burnout não tem mais a mesma motivação com que entrou no trabalho. Foram frustradas suas expectativas e não conseguiu encontrar mecanismos adequados ou saídas de enfrentamento para lidar com o desgaste causado em função disto, ficando-nos claro quanto o sofrimento causado pela Burnout é algo subjetivo e individual, pois Vasques-Menezes (2002) aponta que vários autores se referem a características de personalidade que predispõem o sujeito ao

Burnout, tais como baixa tolerância egóica, ambigüidade de papéis, intolerância, e outros. É necessário entender o processo em que o trabalho se apresenta bem como a relação estabelecida por este profissional com seu trabalho, que é algo particular de cada um. Sendo assim, veremos mais adiante que este sofrimento individual, característico a cada pessoa, oriundo da forma de como lida com as demandas, será um dos fatores diferenciadores do sofrimento psíquico a que estamos nos propondo a verificar.

Segundo Vasques-Menezes (2002), a síndrome de Burnout afeta principalmente profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários e em atividades de *cuidado*. Como clientela de risco, são apontados os profissionais de saúde e educação, policiais, agentes penitenciários, entre outros.

### **1.3. Sofrimento Psíquico**

Existem dois aspectos que devem ser levados em consideração para entender-se o sofrimento do trabalhador: A insatisfação e a ansiedade.

A insatisfação, trazida pela conhecida “indignidade operária”, quando a falta de significação, frieza dos gestos, o contato forçado com uma tarefa fazem nascer uma imagem de indignidade, juntando-se a esta, o sentimento de inutilidade.

Os sentimentos de indignidade e inutilidade contribuem para uma vivência depressiva que por sua vez é dominada pelo cansaço. Este tem origem tanto esforços musculares e psicossensoriais como de trabalhadores que executam suas tarefas de forma “taylorizada”. E, os trabalhadores de saúde não estão fora desse processo. O hospital traz institucionalmente questões estruturais que dizem respeito a forma como seus profissionais “ganham a vida”

Marx (1982), refletindo sobre o processo de trabalho, diz que o trabalhador já traz de forma idealizada o produto final de seu trabalho. Subordina sua vontade ao

projeto almejado. Utiliza para isso esforço físico e vontade (...) *“E isto é tanto mais necessário quanto menos se sinta o trabalhador atraído pelo conteúdo e pelo método de execução de sua tarefa”* (1982: 202).

Marx, em seus manifestos, já sinalizava para a importância das tarefas laborais serem realizadas com vontade e desejo, caso contrário o trabalho tornar-se-ia desgastante.

Semelhante a isso, Dejours , nos fala que é necessário esforço e vontade para que se possa realizar uma tarefa sem investimento afetivo ou material que em outra situação seria mais facilmente suportada, acrescenta: *“A vivência depressiva alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo”* (Dejours, 1992: 49).

A relação do homem com o trabalho atravessa instâncias subjetivas, pois temos de considerar o conteúdo significativo do trabalho em relação ao sujeito e ao objeto. No que diz respeito ao conteúdo significativo e ao sujeito, são consideradas as diferenças individuais e os graus de dificuldade de cada tarefa inerente a cada profissão. Quanto ao conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto, há presença de um investimento narcísico<sup>2</sup> como também transporta mensagens simbólicas, pelo material utilizado, pela atmosfera onde se desenvolve, pelos gestos, e outros. A natureza e o entrelaçamento destes criam uma simbologia que vai depender da vida interior do sujeito, sua história singular e do que este faz. Desta forma, fica clara que esta significância do objeto é única e particular a cada sujeito, *“a tarefa não é nunca neutra em relação ao meio afetivo do trabalhador”*.

Segundo Dejours (1992), o sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir, marca o começo do sofrimento.

---

<sup>2</sup> O termo narcísico se origina da palavra narcisismo, que pode ser dividido em narcisismo primário e secundário. O narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. O narcisismo secundário designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetivos (Laplanche e Pontalis, 2001: 290).

Palácios (1993), em trabalho realizado em hospital geral, buscou analisar as relações existentes entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico dos profissionais que lá exerciam suas funções. Chama a atenção para estes estudos sobre saúde e trabalho e faz citações de Seligmann-Silva (1987), quando esta diz reconhecer que ainda estamos engatinhando para alcançarmos um arcabouço teórico para encontrarmos as reais explicações na imbricada relação saúde e trabalho.

Seligmann-Silva destaca que as fontes de tensão agem, em geral integradas. Aponta as principais fontes de tensão relativas à organização do trabalho, encontradas no discurso dos operários de Cubatão por ela investigados: “ *jornadas prolongadas de trabalho, trabalho em turnos alternantes, ritmo acelerado, tempo de descanso insuficiente, hierarquização rígida, sistemas rígidos de controle do desempenho, sistemas ineficazes de segurança do trabalho, rotatividade de pessoal, desinformação, desvios de função, acúmulo de funções. O ruído, o calor, a trepidação, o pó, a iluminação deficiente, radiações, gases, e condições inadequadas de higiene formam um quadro das condições de trabalho prejudiciais, que podem ser vividas como um desrespeito a sua dignidade, podem causar irritação ou contribuir para aumentar a tensão e a fadiga*” (Seligmann-Silva apud Palácios, 1993: 19-20).

Tais fatores sendo analisados isoladamente no dia dia de trabalho, podem até passar despercebidos, mas quando são vistos conjuntamente e com constância, contribuem seriamente para que os trabalhadores sintam-se prejudicados. E, na fala desses operários, observamos que o desrespeito passa por várias instâncias, tanto no que diz respeito as relações interpessoais quanto as relacionadas a fatores ergonômicos.

Palácios (1993), enfatiza a contribuição da ergonomia (adaptação do trabalho ao homem) para melhor entender o sofrimento psíquico e cita Wisner (1990) para explicar que “*essa ergonomia apreende o mundo do trabalho através de um modelo que poderia ser assim resumido: no trabalho, os trabalhadores são submetidos a constrangimentos que, reunidos, se traduzem em cargas para o trabalhador individual; essas cargas podem ser físicas, cognitivas ou psíquicas (outros autores chamam de carga mental a cognitiva) conforme as solicitações, sejam de atividade física, cognitiva (memória, por*

*exemplo) ou psíquica (ameaça de acidente); a ação da ergonomia visa melhor adaptar o trabalho ao homem”* (Palácios, 1993: 20).

Palácios aponta ainda para os estudos de Gardell (1982), que sinalizam para detecção precoce de riscos, em longo prazo, de doenças psicossomáticas, e argumenta que o stress laboral é um importante fator mediador entre determinadas situações de doença e o trabalho. O stress também se relaciona com a fadiga e a passividade dos trabalhadores em meio a condições penosas de trabalho.

É em Blauner (1973) que a pesquisadora encontra as premissas de mediação entre o trabalho no hospital e o sofrimento psíquico. Pois este autor ressalta que a ausência de poder, falta de significado do trabalho, o isolamento social e o “auto-estranhamento” que ele usa como mediadores entre o trabalho e a alienação, são fundamentais para o estudo do sofrimento psíquico.

Ainda na visão de Blauner, a falta de significação do trabalho é atribuída à divisão do trabalho em tarefas mínimas, levando à ausência de responsabilidade real do trabalhador pelo seu trabalho, não requerendo a compreensão do processo como um todo. Responsabilidade, solução de problemas e tomadas de decisões são atribuições da gerência. Esta relação fragmentada rouba o senso de propósito do indivíduo e faz com que o trabalho careça de significação. A significação do trabalho está diretamente relacionada a três aspectos da relação do trabalhador com o produto, o processo e a organização do trabalho.

Na pesquisa realizada por Machado *et al* (1996) sobre o “Perfil dos Médicos no Brasil”, um dos aspectos investigados foi a percepção destes sobre as causas de desgaste relacionadas ao trabalho. Segundo este estudo, os médicos no Brasil, no ano da pesquisa, apontavam as seguintes causas como as determinantes de seu desgaste relacionado com o trabalho: excesso de trabalho, jornada de trabalho prolongada, multiemprego (27%); baixa remuneração (17%); más condições de trabalho (16%); área de atuação/especialidade (9%), e excesso de responsabilidade, relação vida/morte das pessoas (12%). Este último item agrega os códigos relativos ao envolvimento emocional com o paciente: impotência/limitação do médico ante as condições do paciente e a casos que não consegue auxiliar devidamente. Do conjunto de observações apresentadas nesta

pesquisa, reforça-se a percepção intuitiva de que os processos de formação destes profissionais deveriam necessariamente tratar destes temas como uma forma de prepará-los efetivamente para a prática profissional futura, bem como a necessidade de criar-se mecanismos de apoio aos profissionais já formados, em seu cotidiano profissional. Nesta pesquisa, procuraremos contribuir para a reflexão teórica sobre esses aspectos.

Como afirmam Jeammet, Reynaud e Consoli, enfermeiros e auxiliares parecem também padecer de tais sofrimentos, pois *“a tarefa mais ingrata é, aliás, a do pessoal de enfermagem e dos auxiliares, que são necessariamente confrontados quotidianamente com o moribundo”*. Eles sugerem que *“para suportar essa relação extremamente pesada, é preciso que os prestadores de cuidados possam falar disso e sintam apoiados pela instituição e pelo pessoal médico. A experiência demonstrou que a duração de reuniões em que cada um podia exprimir livremente suas angústias e suas emoções confrontadas com a morte e com os moribundos modificava a atitude dos prestadores de cuidados e podia transformar o clima de um serviço”*. (Jeammet, Reynaud, Consoli, 2000: 390).

Santos & Trevizan (2002) expressam a relevância do estudo deste tema quando afirmam que o ambiente organizacional, aqui entendido como meio no qual o indivíduo desenvolve suas ações de trabalho, as relações interpessoais, bem como o instrumental e as condições necessárias para o desenvolvimento de suas atividades, podem ser fonte de prazer ou de sofrimento. Ter consciência disso é importante, pois as pessoas passam até mais de um terço do dia em seu local de trabalho. Além disso, o desempenho, a produtividade e a qualidade do trabalho estão diretamente relacionados a fatores subjetivos psicológicos.

O campo da saúde mental relacionado ao trabalho ultrapassa as teorias do estresse conforme veremos adiante, em que Seligmann-Silva faz uma varredura mostrando a diversidade de estudo nesta área.



## CAPÍTULO 2

### O CAMPO DA SAÚDE MENTAL: TRAJETÓRIAS

Com o objetivo de nos situarmos melhor nos estudos referentes à saúde mental no decorrer do tempo, buscaremos em Seligmann-Silva (1994) um estudo mais detalhado sobre a produção social dos distúrbios mentais. Atualmente, estes estudos concentram-se em duas linhas de investigação: uma voltada à vertente microssocial, onde está relacionado com a classe social, imigração, industrialização, etnia e sistema público, os quais podem levar a processos de adoecimento mental e variações na distribuição dos distúrbios psíquicos nas populações. Outra é a vertente macrossocial que põe em foco a família e sua dinâmica. Nos últimos 30 anos, tal instituição vem sendo considerada como *locus* de sofrimento mental. A psicanálise deu impulso a estes estudos, pois a abordagem psicanalítica enfatiza o aspecto da dinâmica familiar, modelos parentais, relações estabelecidas desde a mais tenra idade ao funcionamento do sujeito. Existem dinâmicas importantes que conectam o macro e o microssocial.

Seligmann-Silva (1994) nos mostra que o trabalho é outra instância surgida recentemente e que tem sido apontada como grande relevância no processo saúde/doença mental. Conforme a situação, tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto levar a distúrbios de expressão coletiva em termos psicossociais e/ou individuais com manifestações somáticas ou psiquiátricas.

Atualmente existem estudos que convergem para a análise das interações trabalho/saúde mental a partir de diferentes disciplinas e de diferentes campos de conhecimento.

Neste mesmo artigo acima mencionado, Seligmann-Silva faz uma análise sobre a história da doença mental relacionada ao trabalho.

Faz referência ao primeiro estudo publicado a respeito dos aspectos psicológicos do trabalho que foi “Psychology and Industrial Efficiency” (Munsterberg, 1913 – Cambridge, Inglaterra). No ano seguinte publicado em Leipzig, Alemanha. Este livro tinha o objetivo de: “*Como encontrar o melhor trabalhador possível, como produzir o melhor trabalho possível, como chegar aos melhores resultados possíveis*”. Isto é,

sempre visando a produção. Logo após cita o Journal of Psychiatry (1927) que Mc Lean, em um estudo de revisão verificou que este jornal publicava textos sobre temas rotulados como “Psiquiatria Ocupacional”. Na mesma revisão encontram-se estudos sobre “Saúde Mental Ocupacional” como uma nova disciplina e outros que falam de “Psiquiatria Industrial”.

A perspectiva otimista e revestida de objetivos “humanísticos” era de harmonizar o bem-estar psíquico dos assalariados aos planos econômicos das empresas.

Outros estudos relevantes nesse processo histórico foram os realizados por Elton Mayo, durante 20 anos, na Western Electric Company, de Chicago (indústria têxtil). Estes estudos deram origem à “Escola de Relações Humanas” – destinada a prevenir e superar as desadaptações humanas à organização do trabalho. O seu livro *Problemas Humanos de Uma Civilização Industrial* (1933) teve grande impacto, e nas formulações de Mayo é possível reconhecer estratégias e técnicas de gestão do trabalho voltadas para elevar a motivação dos assalariados.

O taylorismo, o fordismo e a Escola de Relações Humanas passaram a atuar complementarmente para atender os objetivos econômicos das empresas, de tal forma que o taylorismo traçava caminho da disciplinação planejada, ao passo que a psicossociologia (apoiada nas idéias de Mayo) procurava garantir a suavização e dissimulação das coerções embutidas nas formas de gerenciar e estruturar a organização do trabalho (estruturas hierárquicas, de tempo, de divisão de tarefas e nos critérios de promoção). O objetivo era tornar a penosidade de certos tipos de trabalho suportável. O livro *Princípios de Administração Científica* (1911, EUA), de Frederick Winslow Taylor, passou a ser uma espécie de Bíblia entre os dirigentes de empresas. A “Ciência de Taylor” equivalia à ausência de variações psicológicas e fisiológicas humanas correlacionadas à vida social; fenômeno de acumulação de fadiga; desprezo pela “participação mental” dos trabalhadores naquelas tarefas que considerava totalmente manuais e passíveis de parcelamento.

Os princípios de Taylor (divisão do trabalho em tarefas simples e previamente definidas), instaurados pelo fordismo, foram absorvidos nas linhas de montagem. Dessa

forma, o ritmo de trabalho e o parcelamento das tarefas atingiram valores extremos. Embora os lucros tivessem despontado, os dirigentes das empresas ainda tinham queixas que se direcionavam em dois pilares, a saber:

- a) As reações dos trabalhadores e de suas organizações;
- b) A verificação de que nem tudo corria bem com os “fatores humanos” da produção, uma vez que muitas peças produzidas apresentavam defeitos irreparáveis (Seligmann-Silva, 1994: 48).

Os estudos de Rodrigues (2002: 29) ilustram que tais inconvenientes se mostraram contrários às crenças de Ford, pois para ele as necessidades básicas para a “prosperidade” do trabalhador eram os aspectos físicos do local do trabalho. Ford defende uma condição essencial para conseguir unir o melhor rendimento à maior humanidade da produção: *dispor de acomodações amplas, limpas e devidamente ventiladas* (Rodrigues, 2002: 29).

Neste ponto, gostaríamos de fazer um apóstrofo e formularmos uma hipótese explicativa para o fato de que a organização idealizada por Taylor e aplicada por Ford não ter conseguido “produzir” o operário eficiente e satisfeito desejado. Acreditamos que o sofrimento dos trabalhadores não foi extinto com as medidas tentadas por uma simples razão: estas procuraram solucionar apenas as questões periféricas quanto à organização do trabalho; os pontos centrais permaneceram intocados, ou seja, a luta de classes, propriedade privada e meios de produção, menos-valia e a alienação do trabalho.

Façamos um esforço no sentido de que estas categorias de análise possam ficar mais compreensíveis: segundo Borchardt (1982), para Marx (1982) a sociedade é composta por distintas classes sociais e seus respectivos membros possuem diferentes aspirações e, em decorrência disso, travam entre si constantes combates ou lutas de classe em defesa de seus interesses.

A luta de classe decorre do fato de que um determinado grupo (a burguesia), possui domínio sobre a propriedade privada e os meios de produção (máquinas, terras, fábricas, etc.) e dos meios de troca (bancos, companhias financeiras, comércio, etc.), e o outro, o proletariado, só possui sua força para trabalhar para os primeiros.

Para Marx, um empresário pode trabalhar muito, mas sua riqueza não vem apenas de seu trabalho. Ele se apropria da força de trabalho de seus empregados que compra no mercado; é, para o burguês, uma mercadoria. Essa mercadoria, força de trabalho, tem um valor que é o valor de sua reprodução, ou seja, o trabalho socialmente necessário para sua reprodução que são os meios de subsistência do trabalhador. A mais-valia é justamente o trabalho socialmente necessário para produzir determinadas mercadorias subtraindo o trabalho socialmente necessário para produzir a força de trabalho. O trabalho médio necessário para produzir um bem é o que pode ser comparável à produção de qualquer bem, é o que confere valor. A diferença entre o valor da produção da força de trabalho e o valor da produção dos bens por essa força de trabalho é a mais-valia. A expressão deste conceito em termos práticos pode ser estimada pelo exemplo de um empresário que emprega 100 pessoas, cada uma recebendo um salário de R\$ 240,00 por mês e produzindo 100 pares de sapatos mensais. Cada par de sapatos custa R\$ 10,00. No fim do mês, o empregado produziu sozinho R\$ 1.000,00. Descontando-se o valor de seu salário e do material gasto na produção, ainda sobrariam pelo menos uns R\$ 500,00 por empregado, que é apropriado pelo empresário.

Como se não bastasse o fato de o trabalhador ter de produzir além daquilo que precisaria para promover sua sobrevivência e de seus familiares, ele ainda é separado do produto final de seu trabalho. Mas tal separação só é possível porque anteriormente, no decorrer da história, a classe trabalhadora fora separada dos meios de produção, ou seja, máquinas, ferramentas, terras, etc. Em outras palavras, o trabalhador sofrera a alienação do trabalho (Costa, 2001).

Estabelecendo uma reflexão a partir do referencial marxista, pode ver-se que as medidas idealizadas pelo taylorismo consorciadas às produções da Escola de Relações Humanas não atacavam os verdadeiros pontos de conflito entre as classes. Ao contrário, o taylorismo procurou reduzir os tempos mortos, intensificando o trabalho ao extremo, aprofundando, desta forma, a exploração dos trabalhadores; a cisão entre sujeito e atividade, o que caracteriza a alienação. Com a introdução da Organização Científica do Trabalho de Taylor, os trabalhadores puderam obter mais vantagens salariais embora a mais-valia tenha se expandida via intensificação do trabalho. Nesse sentido, a qualidade

de vida dos trabalhadores pode ter melhorado, mas a saúde mental começa a ser o alvo mais atingido na relação humano-trabalho.

Apesar das limitações observadas pelo referencial marxista neste tipo de abordagem, as idéias de Mayo tiveram grande relevância, oferecendo soluções, entre outras, como a de estimular a motivação para o trabalho e o amor à empresa, apagando ao mesmo tempo das “disfunções” potencialmente capazes de prejudicar o rendimento dos indivíduos e equipes. Nasceram, assim, novas teorias e práticas psicológicas, ligadas a interesses econômicos, na busca de eficiência máxima ao trabalho.

A promoção de saúde mental poderia ser reconhecida apenas à medida que pudesse ser aproveitada como parte de insumos necessários ao sucesso da produção e da lucratividade.

A tendência principal nos estudos sobre transtornos mentais foi a de procurar causas individuais associadas a eventos externos ao trabalho, a fatores hereditários, a experiências da fase infantil e da vida familiar.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, a percepção de situações ansiogênicas do confronto bélico contribuiu para que surgisse interesse maior dirigido à identificação de causas coletivas, capaz de conduzir a quadros psicopatológicos.

Até os anos 70, a maioria dos estudos nesta temática apenas reconhecia o fator desencadeante do trabalho que agiria como “gatilho”, eclodindo distúrbios mentais pré-definidos pelas “estruturas de personalidade” (neurose latente), com exceção dos estudos de Begoin e Le Guillant nos anos 50 (Seligmann-Silva 1994).

“Saúde Mental e Trabalho” não é um novo campo de estudo, embora a autora lembre-nos de que o que é novo é o desenvolvimento teórico e metodológico sobre o tema, bem como os significados políticos, econômicos e socioculturais atrelados a este. Assim, esta nova conexão traz a interdisciplinaridade. Por esta ótica, o processo saúde/doença passa a ser analisado em suas determinações à vida laboral.

Surge um novo desafio: integrar de forma interdisciplinar as distintas áreas das Ciências Biológicas, Humanas e Exatas. Desta forma, são envolvidas disciplinas que já estudam a saúde humana, abordando nuances voltadas ao trabalho, discutindo aspectos relacionados ao desgaste mental, ao trabalho dominado e suas conseqüências tais como a Medicina e Psicologia do Trabalho, Psicopatologia do Trabalho, Toxicologia e Ergonomia (disciplinas que centralizam seus estudos nos processos mentais e/ou na dinâmica saúde/doença do ser humano submetido a diferentes condições de trabalho), Psiquiatria e a Medicina Psicossomática e a Psicanálise. E, ainda, disciplinas que estudam as determinações sócio-históricas, políticas, econômicas e culturais, como é o caso da Economia Política, Filosofia e Sociologia (Seligmann-Silva, 1994).

Seligmann-Silva enfatiza que um dos primeiros desafios no campo da Saúde Mental e Trabalho é selecionar e delimitar os conhecimentos e as perspectivas de análise a partir de tantas disciplinas diferentes. Do contrário, corre-se o risco de distanciamento e dispersão de estudos afins.

### **2.1. Da Psicopatologia do Trabalho à Psicodinâmica: Um novo olhar**

Como a maioria das áreas do conhecimento humano, a Psicopatologia do Trabalho vem sofrendo inovações, adaptações e aperfeiçoamento, integrando diferentes pensadores e pesquisadores de distintas abordagens, voltados à discussão e constituição de novos conhecimentos no campo do trabalho e saúde mental.

A nova Psicopatologia do Trabalho volta-se mais ao dinamismo abrangente referente às causas e às possíveis transformações do sofrimento mental, atreladas à organização do trabalho que a identificação de doenças mentais específicas correlacionadas à profissão ou às tarefas laborais.

Desta forma, problemas como a fadiga e uso de álcool têm sido estudados na sua relação com o trabalho, e tais condutas configuram-se como estratégias defensivas coletivas.

O sofrimento psíquico pode ser concebido em uma primeira instância como a tênue linha que separa a doença da saúde. Vale enfatizar que este sofrimento está inserido em uma especificidade voltada à Psicopatologia do Trabalho e certamente não transferível a outros campos disciplinares, inclusive a psicanálise. (...) “Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento” (Dejours *apud* Seligmann-Silva, 1994: 15).

## 2.2. Defesas e Resistências

Julgamos importante trazer comentários a respeito dos mecanismos de defesa para que possamos discuti-los em consonância com o sofrimento psíquico do trabalhador, pois tais mecanismos são comumente utilizados por qualquer indivíduo e em várias situações de vida, inclusive no dia-a-dia do trabalho, às vezes individualmente

A palavra *defesa* foi utilizada por Freud pela primeira vez em 1894 (Freud, A., 1978: 36) para “descrever a luta do ego contra as idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis”. Mais tarde a palavra foi abandonada e substituída por *repressão*<sup>3</sup>. Alguns mecanismos de defesa foram descritos por Anna Freud, a saber: regressão; repressão; formação de reação; isolamento; anulação; projeção; introjeção; inversão contra o eu e reversão; e acrescenta mais um, o mecanismo de sublimação ou deslocamento dos anseios instintivos, frisando que este faz parte mais da mente normal que da neurótica:

Em seus estudos, Seligmann-Silva (1994) amplia o conceito utilizado por Anna Freud. Identifica mecanismos utilizados pelos trabalhadores para suportar experiências penosas, e emprega o termo *defesa* relacionando à “defesa contra o sofrimento”. Incluem-se, aí, mecanismos de defesa psicológicos conscientes e inconscientes.

---

<sup>3</sup> “Operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: idéia, afeto, etc. Neste sentido, o recalque seria uma modalidade especial de repressão”. (Laplanche e Pontalis, 2001: 457).

A autora acima referenciada, assinala diferenças entre defesas e resistências. A resistência é utilizada para o enfrentamento de situações ou condições que propiciam o sofrimento, voltadas diretamente para obter as transformações destas situações, enquanto que a defesa está voltada para evitar ou tornar suportável o sofrimento, não oferecendo condições de transformação. É bem verdade que existam situações em que as defesas ganham roupagem de resistência simultaneamente, quando, por exemplo, o trabalhador defende a sua autonomia no pensar, no agir, está também buscando defender sua identidade. Esta defesa assume o caráter de resistência, pois está modificando o trabalho prescrito.

### 2.3. Mecanismos de Defesa e o Trabalho

Em estudos realizados por Seligmann-Silva (1994) com trabalhadores de refinaria de petróleo que tinham como objetivo conhecer as repercussões dos riscos sobre a saúde e a vida emocional, os mecanismos de defesa mais encontrados foram os de *negação*<sup>4</sup> e *repressão*, pois notadamente estes trabalhadores que atuam em áreas de risco de explosão, potencialmente constante, utilizam-se destes mecanismos como forma de proteger-se e continuarem sendo produtivos. A autora exemplificou com a fala de um deles que, quando abordado por ela, a início negou que existiria risco nestas atividades que desempenhava, resistindo a dar entrevista, quando em seguida acrescentou: “todo mundo evita pensar nisso. Se for pensar o tempo todo, fica é doido”. Após esta situação pesquisada, a autora concluiu: (...) “*A negação que passa a ser uma norma grupal facilita a auto-repressão do medo em cada um*” (Seligmann-Silva, 1994: 236). Desta forma, afirma que as defesas não são permanentes e podem ser rompidas a qualquer momento, como quando acontecem os acidentes de trabalho. Nesta situação fica claro que as defesas falharam, e a realidade do perigo veio à tona.

Dentro do enfoque trabalho, cita várias defesas utilizadas pelo trabalhador individual ou coletivamente, inconsciente ou conscientemente, tais como: *defesas contra o tédio e o sono*, que fazem os trabalhadores usarem a fantasia para amenizar o

---

<sup>4</sup> “É o processo pelo qual o sujeito, embora formulando um de seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença. Os mesmos autores esclarecem que repressão, por seu turno é, em sentido amplo, a operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: idéia, afeto, etc.”. Laplanche e Pontalis (2001: 457).



mal-estar, como também cantar alto e batucar para manter-se acordado; *defesas contra a tensão e a raiva*, que os leva a fazer brincadeiras, conversas sobre assuntos alheios, anedotas, chistes e uso de bebida alcoólica; *defesas contra o cansaço e exaustão* são usadas conscientemente individual ou coletivamente, com poucos segundos de repouso durante trabalho; *defesas de auto-repressão*, quando é bloqueada a expressão dos sentimentos, pois exteriorizar a irritação por exemplo poderá pôr a carreira em risco, neste caso há um esforço para manter o autocontrole emocional, mesmo que isso traga prejuízos psicossomáticos.

Outro mecanismo citado é a *idealização*, que é utilizada contra a exploração e como desejos de autovalorização. Funciona quando o funcionário trabalha em uma empresa de notável reconhecimento e este passa a desenvolver um sentimento de idealização, de identificação e orgulho por trabalhar naquela empresa, sente-se pertencente a ela, como também por torná-lo socialmente valorizado. As *defesas compensatórias* funcionam quando o funcionário tem um cargo na empresa que hierarquicamente não é valorizado, perante a isso passa a desenvolver atividades fora do trabalho que o satisfaçam pessoalmente e que se sinta valorizado pela comunidade a que pertence, como também voltar-se para a natureza, criando animais e cultivando plantas ou voltar-se para depositar esperanças no futuro dos filhos, como forma de oferecer-lhes o que não tiveram ou não alcançaram.

#### **2.4. As Defesas e o Profissional de Enfermagem**

Menzies (*apud* Seligmann-Silva, 1994: 245) realizou um estudo com enfermeiras no qual concluiu que a geração dos sistemas defensivos forma-se em função das situações ansiogênicas. Observou uma correlação entre estes mecanismos e o sofrimento dos pacientes que estavam sob seus cuidados. As defesas evidenciadas foram as de *negação* e *distanciamento afetivo*. Após analisar coletivamente estes mecanismos, estudou a correlação destes com as defesas individuais.

Concluiu que o trabalho realizado em pequenas parcelas trazia uma falta de sentido, um esvaziamento de significados. Se por um lado a mecanização imposta pela rotina facilitava de certa forma o trabalho, por outro trazia um empobrecimento para seu psiquismo e qualidade no trabalho.

Seligmann-Silva chama-nos atenção para o fato de que, embora este estudo de Menzies tenha mais de 20 anos e possua grande relevância, não foi aproveitado da maneira como poderia, pois o considera importante nos avanços da organização do trabalho da enfermagem e na prevenção da saúde psicossocial.

Ainda neste mesmo capítulo, Elkeles (*apud* Seligmann-Silva, 1994: 246) fez um recente estudo mais comparativo com enfermeiras entre a subcarga qualitativa do trabalho nas práticas organizadas por funções, e a qualificação na “atenção de enfermagem integral”. Verificou quanto ficava prejudicado o contato interpessoal destas com os pacientes, pois, por serem as atividades realizadas em séries e parceladas, como, por exemplo: uma ficava responsável pela aferição da temperatura do paciente, outra pela parte medicamentosa, outra da higiene e assim sucessivamente, isso causava insatisfação e esvaziamento afetivo. A tendência a falhas era freqüente, pois a falta de interesse causado pela ausência de significado da tarefa era constante. Em consequência o absenteísmo e o desejo de abandonar a profissão se faziam também presentes, pois não se sentiam valorizadas nem pelos pacientes nem pela hierarquia hospitalar. Dessa forma, este tipo de organização do trabalho contribuía fortemente para o *distanciamento afetivo*.

## CAPÍTULO 3

### ALGUNS ESTUDOS PRECEDENTES

#### 3.1. Estudos sobre Estresse entre Pessoal de Enfermagem e Médicos

Estudos realizados por Araújo et al. (2001) verificaram que as pesquisas acerca do estresse ocupacional vêm sendo dominadas pela constatação de que o estresse é produzido em situações em que as demandas, as exigências externas, excedem a capacidade individual de responder a estes estímulos.

Dentro do campo do estresse ocupacional, os autores procuraram analisar a associação entre controle do trabalho, demanda psicológica e a ocorrência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) - ansiedade e depressão - entre trabalhadores de enfermagem. Em seus estudos, considerou demanda da tarefa como variável principal. Além disso, foram elencadas co-variáveis de peso no estabelecimento do quadro de estresse ocupacional, de acordo com a sua ocorrência ou ausência.

Como co-variáveis, entraram os aspectos do trabalho profissional, ou seja, o suporte social que o trabalhador recebia para desenvolver sua função, a valorização que o mesmo acreditava ser desprendida para com a atividade que executava, e o tempo que dispunha para a prática de lazer. Foi considerado ainda o trabalho doméstico, atentando-se para o percentual de profissionais que desenvolviam a chamada segunda jornada e que relação esta poderia ter com o aparecimento do estresse. E, por último, características sócio-demográficas como situação conjugal, grau de escolaridade, etc.

Os estudos de Araújo et al. (2001) demonstraram que quando acontece das variáveis agirem no sentido de instaurar um quadro de estresse, consorciado ao fato de o indivíduo não possuir mecanismos efetivos de defesa, o quadro pode permanecer por um período muito longo, ocasionando efeitos negativos sobre a saúde, como hipertensão arterial, depressão e ansiedade.

A pesquisa em questão baseou-se no modelo Demanda Controle (D-C) de Karasek, dois aspectos foram considerados relevantes para avaliação das condições em que um quadro estressor se instaura: as demandas externas e o controle sobre o trabalho. O modelo (D-C) avalia que da combinação das variáveis (demanda, controle sobre o trabalho) surgem três níveis de exigência para o trabalhador: baixa exigência, situação na qual há combinação de uma demanda profissional baixa, e um alto controle do trabalho. A média exigência que pode ocorrer quando o trabalhador possui baixa exigência em combinação com baixo controle na execução da atividade (trabalho passivo), ou quando então possui alto controle da atividade em combinação com a alta exigência da mesma (trabalho ativo). Por fim, a alta exigência que se processa quando o profissional possui uma alta demanda consorciada a um baixo controle na execução da atividade laboral.

A pesquisa desenvolvida por Araújo demonstrou que há relação entre demanda psicológica e o aparecimento de DPM na ordem de 5% dos casos. E mais, ficou comprovado que os trabalhadores submetidos concomitantemente aos fatores alta demanda e baixo controle são mais suscetíveis de desenvolver o referido problema.

No que se refere aos profissionais com média exigência, observou-se maior manifestação de DPM entre aqueles que desenvolvem trabalho ativo em relação aos que desenvolvem trabalho passivo. Além disso, o alto controle parece não ter reduzido os efeitos negativos da alta demanda sobre a saúde mental. O contrário, no entanto, foi percebido como verdadeiro.

Em resumo: na população estudada, as demandas do trabalho desenvolveram agravos mais significativos à saúde mental dos trabalhadores que o controle exercido sobre o trabalho. Isto estaria em concordância com os trabalhos de Landsbergis (apud Araújo et al., 2001), que verifica que altas demandas podem bloquear os esforços provenientes do alto controle.

Belancieri (2002) também realizou estudo sobre o estresse relacionado aos profissionais de enfermagem e neste descreve o estresse como sendo uma síndrome de adaptação geral, resultante do esforço que o indivíduo faz na tentativa de adaptação a uma situação tida como ameaçadora ao seu bem-estar. Esclarece ainda que o estresse

não é, necessariamente, negativo. Assim como há casos de *distresse*, em que a pessoa em uma situação inconveniente emite uma resposta inadequada, também há casos positivos de *eustresse*, quando uma pessoa sob tensão consegue dar uma resposta adequada a uma situação adversa.

O objetivo de Belancieri (2002) com este estudo é verificar os fatores determinantes de estresse e os transtornos psicossomáticos decorrentes junto aos profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar. E o que motiva este trabalho são dados como os apresentados por Masci (apud Belancieri, 2002), que dão conta de que 90% das pessoas adultas dos EUA já experimentaram altos níveis de estresse, e que em São Paulo 18% da população padecem do referido mal. Desta feita, o estudo pretende identificar fontes estressoras que incidem sobre os profissionais de enfermagem e indicar estratégias de superação (*coping*).

O trabalho, afirma Belancieri, é essencial à vida e à felicidade do ser humano, mas também pode configurar-se como situação adversa, tornando-se fonte de tensão e estresse. Esta situação parece ser mais evidente nos dias atuais, em que o trabalho deixou de ter o objetivo exclusivo de subsistência das necessidades materiais. Longe disso, ganhou em complexidade e passou a ser percebido como instrumento para obtenção de fama, poder e meio para corresponder-se às expectativas do grupo social ao qual o indivíduo pertença. O trabalho, quando percebido desta forma, tornar-se-á uma fonte de sofrimento amplificada, uma vez que quanto mais o trabalhador tentar atender às expectativas sociais que são depositadas sobre ele, mais se angustiará e tornar-se-á insatisfeito.

No que se refere à organização do trabalho, Belancieri(2002), citando Baccaro (1990), assinala que as condições que com maior frequência levam os trabalhadores ao estresse costumam ser: ambigüidade e conflito na função; sobrecarga quantitativa e qualitativa no trabalho; falta de perspectiva na carreira; conflitos com outras funções, e injúrias. Não se pode, no entanto, imaginar que fatores externos sejam determinantes exclusivos do estresse. Pelo contrário, a repercussão que os fatores extrínsecos terão sobre o trabalhador dependerá das características de sua personalidade, tais como: labilidade afetiva, valores, expectativas, etc.

Estes estudos levaram-na à conclusão de que os fatores determinantes de estresse para os profissionais de enfermagem são: convívio com o sofrimento e a morte; indefinição no que se refere às atribuições que competem à sua função; baixo poder de decisão e iniciativa; e sobrecarga quantitativa, configurada no número excessivo de pacientes por profissional.

Belancieri, citando França (1996), enumera alguns recursos positivos para a superação do estresse. Estes podem ser de ordem física como relaxamento; boa alimentação; exercícios físicos regulares; descanso e lazer. Psíquica, como os métodos psicoterapêuticos, que podem favorecer o desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento e por último o social, onde se encaixa a revisão na organização do trabalho, melhoria nas condições socioeconômicas, aprimoramento quanto à formação pessoal e profissional.

Trabalho desenvolvido por Maia (1999) demonstra a existência de inúmeras fontes geradoras de estresses, interagindo no trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. Em relação ao conteúdo de trabalho, Maia considerou como maior agente estressor a impossibilidade de manter-se o controle do que vai ocorrer na unidade. E no que concerne às condições de trabalho, é destacado um ambiente tumultuado, com equipamentos especializados de alta tecnologia, riscos em relação de contaminação e elevada carga de trabalho.

Fatores organizacionais também são citados, destacando que, atualmente, é empregado um modelo de organização do trabalho concebido no início do século, com valores e informações.

A autora chega à conclusão de que, para conseguir uma melhor satisfação no trabalho, é necessária uma interferência na organização deste, tornando-se imprescindível um tratamento humanizado, ou seja, levar em consideração o homem, tornando-o parte integrante do trabalho, minimizando as psicopatologias causadas na sua maioria pelo medo e ansiedade decorrentes das próprias estratégias defensivas do ser humano.

Maia (1999) assinala ainda que as situações de medo, insatisfação e ansiedade estão presentes na maioria das empresas hospitalares, as quais são proporcionadas principalmente pelas hierarquias rígidas, o domínio “necessário” para conseguir melhor produtividade. No entanto, estas estratégias não funcionam em longo prazo.

A organização do trabalho, registra Maia, é respaldada na gestão participativa. Tem um papel indiscutível por exigir do trabalhador maior capacidade e possibilidade de decisão, mais criatividade e, sobretudo, maior satisfação no trabalho, refletindo na melhoria da competitividade. A autora defende ainda a idéia de que tais conquistas podem ser conseguidas através da abordagem ergonômica, demonstrando para a empresa hospitalar que quando existe uma adequação do trabalho ao homem melhora a satisfação e minimiza as fontes geradoras de estresse.

O estudo em questão ressalta que, na área hospitalar, o produto final é a melhora da saúde do paciente. E ainda, este evento, quando acontece, traz a reboque a redução dos agentes estressores do ambiente melhorando as condições de saúde dos profissionais. Por este motivo, na utilização de uma abordagem ergonômica, para estudar o estresse dos tais profissionais, não se pode deixar de considerar o paciente.

### **3.2. O Estresse e o Profissional de Medicina**

Em estudo prospectivo ( Nogueira-Martins, 1994) realizado na Escola Paulista de Medicina com residentes de 12 programas de Residência Médica, foram mostradas as principais dificuldades encontradas pelos residentes na tarefa assistencial, sendo estas:

- A quantidade de pacientes;
- A comunicação com pacientes de baixo nível socioeconômico-cultural;
- Pacientes hostis e/ou reivindicadores;
- Pacientes que vêm a falecer;
- Pacientes com alteração de comportamento;
- As comunicações dolorosas (comunicar ao paciente e/ou à família situações de morte);
- Os dilemas éticos;

- O medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos.

Neste estudo, as principais fontes de estresse identificadas nos residentes foram:

- Medo de cometer erros;
- Cansaço, fadiga;
- Falta de orientação;
- Estar constantemente sob pressão;
- Plantão noturno;
- Excessivo controle por parte dos supervisores;
- Lidar com as exigências internas (“ser um médico que não falha”);
- Falta de tempo para lazer, família, amigos, necessidades pessoais.

Baseados nestas afirmações fica-nos claro a rotina desgastante do dia-a-dia de um residente de Medicina, desgaste esse que se reflete também em sua vida social.

Mas, o autor nos lembra: *“Há inúmeras gratificações psicológicas inerentes à profissão médica: alívio do sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e outras que fazem da profissão ainda muito atraente e gratificante (...).”*( Nogueira-Martins, 2002: 130)

### **3.3. Sofrimento Psíquico e Saúde do Trabalhador**

Examinando estudos e trabalhos mais recentes no Brasil sobre o tema “Sofrimento Psíquico e Saúde do Trabalhador”, destacaremos apenas alguns pelo fator tempo, que se faz demasiadamente curto para que possamos nos ater mais detalhadamente sobre muitos outros autores. Embora de antemão saibamos que corremos o risco de deixar de citar alguns daqueles que trariam também grandes contribuições para este trabalho, em todos os sentidos, optamos por trazer aqueles que, além de considerá-los de grande relevância, trazem de alguma forma semelhanças entre os seus estudos e o presente trabalho.

No Brasil, um dos trabalhos que não podemos deixar de mencionar e que merece destaque nesta área, são as pesquisas que vêm sendo desenvolvidas por Edith



Seligmann-Silva. Deter-nos-emos aos estudos realizados juntos a trabalhadores industriais em Cubatão, Estado de São Paulo, assim como entre trabalhadores siderúrgicos da capital paulista no período entre 1981-1983.

A população estudada era composta por trabalhadores da área siderúrgica, petroquímica, química e de fertilizantes. Todos eram de origem rural e alguns poucos de pequenas cidades do interior de Minas Gerais ou do Nordeste e haviam sido afastados do trabalho em virtude de apresentarem distúrbios “nervosos”.

Desta forma foram pesquisados 26 casos com os trabalhadores de Cubatão e 14 da indústria siderúrgica de São Paulo, dentre estes cinco já estavam aposentados. As entrevistas foram gravadas e realizadas nas casas dos funcionários.

As histórias de vida e do trabalho foram tópicos de grande contribuição para o entendimento dos aspectos psicossociais e psicopatológicos identificados. E assim, vários itens foram levantados a esse respeito, mas os que receberam maior destaque foram os relativos à migração; entrada no mundo do trabalho; história de saúde; situação de trabalho (jornadas, turnos, ritmo de trabalho, pausas, folgas, condições do ambiente físico e químico do trabalho) e outros aspectos ergonômicos do local de trabalho, conteúdo das tarefas, relações interpessoais e as condições de vida articuladas à constituição da fadiga e da tensão.

Em meio a esses estudos foram explorados inúmeros conceitos, como: a repressão explícita e a dominação sutil, onde o medo surgiu como principal sentimento gerado e manipulado; a desinformação e exploração dos sentimentos que contribuem para estratégias de dominação e esta última uma das mais encontradas; a identidade, a dignidade e a autonomia; o medo das sanções e desemprego, a humilhação vivenciada, sentimentos de culpa e gratidão, a raiva reprimida e entre outros as manifestações do desgaste as quais emergiram em maior parte dos estudos de casos individuais em operários que trabalhavam em turnos alternados e dentro disso as transições entre fadiga e a doença mental, na qual verificou os principais distúrbios mentais e as síndromes neuróticas vinculadas ao trabalho; a desinformação, e a exploração dos sentimentos que contribui para estratégias de dominação.

Por serem todos imigrantes e de origem rural, por terem saído do seu lugar de origem cedo ou já na terceira década de vida, foi encontrada presença de uma postura existencial depressiva, angústia de separação, culpa ou nostalgia.

Dentre as estratégias de dominação, a exploração dos sentimentos foi uma das formas mais identificadas e as manifestações do desgaste foram as que emergiram em maior parte dos estudos de casos individuais em operários que trabalhavam em turnos alternados e entre estes a qualidade do sono era bastante prejudicada. Foi percebido também que a ocorrência da fadiga estava correlacionada ao conteúdo da tarefa, ou seja, é bem provável que o cansaço aumente à medida que são exigidas atenção e concentração por tempo prolongado.

Outro dado que consideramos relevante é a inter-relação encontrada entre fadiga/aspectos decorrentes do trabalho e condições gerais de vida, tais como: moradia, transporte e nível salarial. Estes concorrendo como elementos que interferiam negativamente na busca de lazer.

A desinformação estava a serviço da repressão institucionalizada, usada para gerar temor e obediência. A humilhação vivenciada estava ligada à exploração da virilidade. Assim, os abalos em sua saúde traziam conotação de fracasso, logo havia resistências em assumir a doença, pois podia denotar “vagabundagem”.

Nesse estudo, Seligmann-Silva trouxe contribuições em vários aspectos, sobretudo no sentido de atentarmos aos limites pouco precisos entre as perturbações decorrentes do cansaço crônico e o “surgimento da doença mental”, e deixando sempre bem claro, através das falas dos trabalhadores, a relação existente entre organização do trabalho, aspectos ergonômicos e sofrimento psíquico.

Embora esta pesquisa não tenha sido realizado em um hospital, conforme pode ser observado, foi aliado ao nosso em virtude de elucidar questões semelhantes às que pesquisamos. Principalmente quando em seus achados mostra a zona fronteira e ténue que passa a existir entre saúde e doença mental. Outro aspecto que julgamos relevante é a análise feita do ponto de vista da ergonomia que exerce e compromete o bem-estar do trabalhador.

Sebastiani (1998) cita vários autores tais como: Martins (1989 e 1991), Mawardi (1979), McCue (1982 e 1991), Noto (1984), Toews (1993) e Chiattonne (1997), para revisar aspectos relativos à violenta gama de estímulos emocionais nocivos aos quais o profissional de saúde está intermitentemente exposto, e destaca os principais: **A intensa relação com as questões afetas ao processo de morte e morrer.** Nesta afirmação está implícita que os profissionais de saúde, em seu exercício profissional, têm de lidar com indivíduos que transitam entre a vida e a morte, pois mesmo que os pacientes não venham a falecer, a própria condição de ter de prestar cuidados e zelar pela vida do outro para que este não morra, mobiliza nestes profissionais sentimentos diversificados, como: responsabilidade, ansiedade, culpa, fracasso e outros, haja vista estarem a serviço da vida e não da morte. E a morte do outro os remete a indagações sobre a finitude e impotência perante o controle da vida do paciente e da sua própria.

O cotidiano de trabalho permeado por vivências ligadas à dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo e perdas de diversos tipos. A extenuante tarefa de relacionar-se e tratar de pessoas que se apresentam poliqueixosas, refratárias à ajuda, agressivas, hostis, autodestrutivas, deprimidas, dependentes e inseguras e que freqüentemente alimentam a fantasia de obter um tratamento rápido, indolor, sem seqüelas ou frustrações, e muitas vezes até sem o investimento pessoal (do paciente) no processo de tratamento e reabilitação, delegando ao profissional de saúde atribuições e poderes paradoxalmente inviáveis.

1. Enfrentar jornadas de trabalho cada vez mais extensas e não raro múltiplas, em que assumem plantões, enfermarias, ambulatórios, consultórios, clínicas, postos de saúde quase que simultaneamente (...) comumente sacrificando a refeição, horas de sono, tempo de estudo e talvez, o mais importante, tempo para sua vida pessoal.

2. Em prontos-socorros a equipe médica tem de atender nos corredores abarrotados entre macas e pessoas deitadas no chão e ser capaz inclusive de discernir entre as prioridades e os casos menos graves.

3. Em UTI's, a defasagem entre o número de leitos e recursos disponíveis e igualmente alta demanda de pessoas necessitadas deste tipo de cuidado impõe à equipe

a obrigação de decidir quem fica com qual vaga, os recursos, e quem provavelmente terá suas chances diminuídas, quando não eliminadas de sobreviver.

Após essas considerações, Sebastiani (1998: 34-35) faz alguns comentários que nos levam a refletir sobre os problemas do dia-a-dia destes profissionais. Divide-os em duas vertentes significativas, a saber: *“a primeira expõe nossa fragilidade mal administrada que acaba por desencadear inúmeros fenômenos patológicos sobre os profissionais de saúde e a segunda reforça que existe uma grande dificuldade de identificação deste problema em função das posturas onipotentes e das relações paradoxais que criamos; cuidamos do outro e descuidamos de nós mesmos, como se acreditássemos que existimos numa esfera superior que está para além do bem e do mal, tornando-nos invulneráveis aos males que enfrentamos em nosso cotidiano, como agentes de combates a eles. É interessante se fazer um grifo sobre este aspecto, pois a formação profissional e os modelos direta ou subliminarmente passados ao acadêmico reforçam estes sentimentos e posturas”*.

As considerações acima formuladas remetem-nos a pensar sobre a postura do profissional de saúde que tende a afastar-se de sua natureza humana, ou seja, pessoas que se cansam, aborrecem-se, vivenciam fragilidade, adoecem, precisam de ajuda, enfim, experienciam fatos e emoções como todo mundo. E nem sempre o admitem. Além do mais, as academias contribuem para que este futuro profissional acredite que exista um revestimento invisível que lhe servirá de escudo contra os males, tornando-os inatingíveis e imunes a quase tudo.

Em outro momento, Sebastiani (1998: 35) complementa suas considerações citando os prejuízos trazidos aos profissionais que trabalham em emergência, *“que por sua vez acabam por ser repassados ao paciente à medida que sua concentração, capacidade de decisão, limiar de irritabilidade, raciocínio, reflexo, serenidade, sensibilidade, etc. encontram-se bastante comprometidos”*.

É importante salientar que estas características ou atitudes são absolutamente esperadas e cobradas dos profissionais de saúde pelos pacientes, famílias e também pelas instituições em que trabalham.

Pitta (1994) é a pesquisadora que passaremos a estudar agora. Em pesquisa com 1.525 funcionários de um Hospital Geral em São Paulo, teve como objetivo conhecer as características da força de trabalho naquele local, conhecendo o padrão de doenças e sintomas psico-emocionais destes trabalhadores, assim como conhecer o padrão de uso abusivo de álcool entre aqueles com indicativo de sofrimento. A partir daí, fazer correlações entre sofrimento psíquico e determinadas condições de trabalho hospitalar e de vida, além de contribuir para o desenvolvimento da metodologia de avaliação de processo tecnológico deste trabalho, não perdendo de vista a dimensão psicossocial destes trabalhadores e, assim, contribuindo para a discussão de aspectos penosos e insalubres no ambiente do trabalho hospitalar. Para que pudesse atingir os objetivos delineados, optou por um estudo epidemiológico de caráter exploratório.

Para a coleta de dados, a pesquisadora utilizou um questionário auto-aplicável, elaborado especialmente para o trabalho, denominado THS (Trabalho Hospitalar em Saúde), com 63 questões na sua maioria fechadas, pré-codificadas e outras abertas. Dentre estas questões, 35 destinavam-se a caracterizar o aspecto socioeconômico e do ambiente de trabalho; quatro eram relativas ao problema de saúde atual e utilização de serviços no hospital e fora dele. Vinte questões para detectar sintomas psíquicos em geral (utilizou o SRQ – “Self Report Questionnaire”: instrumento para detectar distúrbios não psicóticos) e quatro destas específicas para o uso abusivo de álcool (utilizou o CAGE – instrumento de detecção da Síndrome de Dependência ao Álcool).

Desta forma, trouxe-nos inúmeras reflexões a respeito do hospital como espaço de cuidados e de inventiva tecnicista. De um lado, todo o aparato tecnológico esperando a hora de entrar em cena. Do outro, o paciente (usuário) esperando ser contemplado com estes serviços em busca de soluções para o seu mal, e em meio a essas paralelas, ele: o profissional de saúde, entrecortando essa avenida infinita em que, às vezes, mesmo sem que se perceba, funciona como ponto de intercessão entre estes dois universos.

Chamou-nos atenção para o fato de que o hospital passou a compor o cenário com finalidade terapêutica no final do século 18, assim enuncia: “*O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia médica, cumprindo finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente e tem como marco de transformação de suas atribuições o final do século XVIII*” (Pitta, 1994: 39). Antes era destinado a acolher os

pobres e realizar os últimos sacramentos, hoje passou a ser o lugar onde doença e morte estão institucionalizadas, e os profissionais sentem-se divididos entre cuidar do equilíbrio entre vida, morte, dor e sofrimento do paciente.

É também abordado por Pitta (1994) o sofrimento oriundo dos que lá exercem suas atividades profissionais, pois a natureza deste trabalho faz sofrer. Assim, aborda o sofrimento psíquico como um sintoma dos profissionais de saúde e as estratégias defensivas utilizadas por estes. Sobre o sofrimento diz: *“A noção de sofrimento psíquico designa esta zona difusa entre a saúde e a doença significando um conceito mais preciso no âmbito da Psicopatologia do Trabalho”* (Pitta, 1994: 83). Baseia-se, entre outros, nas conceituações de Dejours, explana a nova concepção de morte para o homem na atualidade e analisa o processo de trabalho no hospital moderno como atuante na gênese do sofrimento.

De uma forma geral, os resultados encontrados foram: na maioria eram funcionários de sexo feminino, solteiro, migrante, faixa etária entre 25 e 40 anos, cursando até o primeiro grau, com renda *per capita* de até dois salários mínimos; trabalhavam de dez a doze horas por dia em turnos fixos ou alternados; não faziam pausas; e quando saíam do trabalho queriam descansar e não tinham disposição para estudar ou divertir-se. Considerava o trabalho insalubre e perigoso e os principais problemas de saúde encontrados foram os geniturinários, psicossomáticos e osteomusculares.

Concluiu que a natureza do trabalho hospitalar produz sintomas psíquicos e este sofrimento tem maior prevalência entre mulheres. A idade pareceu não influenciar significativamente como fator de risco para o surgimento de sintomas, e os trabalhadores menos qualificados estavam mais propensos a este tipo de sofrimento.

Outro trabalho relevante realizado em uma unidade hospitalar foi a da pesquisadora Marisa Palácios (1993) em um hospital do Rio de Janeiro, com 456 funcionários.

Seus estudos visavam estudar as relações entre a organização do trabalho e a saúde mental. Inicialmente levantou questões que julgava importantes a serem

respondidas, tais como: Qual a frequência de sofrimento psíquico entre os trabalhadores naquele hospital e como quantificá-los e qualificá-los? Que aspectos da organização do trabalho estavam mais relacionados à saúde mental dos que lá trabalhavam e como estudá-los? A natureza do objeto de trabalho tem alguma influência sobre o grau de sofrimento? As respostas para tais questionamentos foram buscadas em grandes teóricos.

Palácios (1993: 3) traz-nos a definição que Canguilhem dá a sofrimento, relacionando-o “*sentimento de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada*”, inserindo-o na abordagem patológica ao que Palácios refuta, preferindo conceituações do sofrimento relacionado ao sentimento de vida contrariada, sem constituir-se como entidade nosológica clinicamente definida. Discute ainda o conceito de normalização em Foucault (1985) como também a alienação do ponto de vista de Blauner e de Marx (1985), sendo este último o primeiro a dar atenção à subjetividade do trabalhador (Doray, 1981).

Do ponto de vista marxista, a alienação está relacionada a uma “*dissociação entre atividade e sujeito imposta pelo modo de produção capitalista*”, enquanto que em Blauner este conceito de alienação restringe-se ao processo imediato de trabalho, à falta de controle sobre o processo de trabalho, resultando na falta de sentido. Tomando mais de perto as citações de Marx (1982) a esse respeito, citamos: “*No mundo real, prático, a alienação de si só pode aparecer pela relação real, prática, relativamente a outros homens. O meio no qual se opera a alienação é ele mesmo um meio prático*” (Palácios, 1993: 8), afirmando assim que a produção do operário é apropriada indevidamente pelo proprietário dos meios de produção, deixando o trabalhador esvaziado de sentido produtivo. Para Blauner, “*a alienação é uma espécie de experiência pessoal resultante de tipos específicos de organizações sociais. Ela existe quando os trabalhadores são incapazes de controlar o processo de trabalho, de desenvolver um senso de propósito e função que conecte seu trabalho com o processo como um todo, de pertencer a comunidades industriais integradas e, ainda, quando a atividade de trabalho deixa de ser uma forma de expressão pessoal*”. (Blauner apud Palácios, 1993: 9). E ainda delinea quatro dimensões de alienação que são: “powerless”, que é a carência de poder; “meaninglessness”, a carência de sentido; “social isolation”, o isolamento social, e o “self-estrangement” que é o distanciamento de si mesmo.

Foi utilizado como instrumento para detecção de sofrimento o SRQ-20 (Self-Report Questionnaire), composto por 20 perguntas sobre sinais e sintomas psico-emocionais e depoimentos diversos, observação direta e discussões coletivas.

Entre as conclusões encontradas por Palácios nesse estudo, as que mais nos chamaram atenção foram as que diziam respeito à impotência do trabalhador diante do processo de trabalho, esta seria então a razão de seu sofrimento, e não a hostilidade do meio hospitalar como se referem outros autores. Assim, os profissionais que trabalham no STI (Serviço de Terapia Intensiva) apresentaram menor nível de sofrimento psíquico que os que trabalham em emergência, pois no STI existe maior aparato tecnológico, com sofisticação de equipamentos e todo o ambiente foi construído para atender o paciente grave, enquanto que na emergência o paciente, por querer alívio imediato, faz com que os profissionais sintam-se pressionados tanto pelo pacientes como pela família destes para dar alívio imediato. Dessa forma, conclui que são vários os elementos da organização do trabalho que combinados trazem à tona sentimento de inutilidade, falta de sentido e impotência ao trabalhador.

Outro estudo que julgamos importante ser trazido é o de Cláudia Osório da SILVA (1994 e 1998), fruto da dissertação de mestrado na área de Saúde Pública, realizado entre 1992 e 1994, com o título *Curar Adoecendo*.

Diante da constatação de que os estudos existentes sobre a saúde pública não respondiam a algumas questões importantes, Silva (1994 e 1998) procurou fazer com que esse trabalho pudesse responder a uma questão crucial: Diante das adversidades do trabalho, o que faz com que as pessoas continuem trabalhando?

Pôde-se perceber que o objetivo desse estudo não se estendia a instituição hospitalar de uma forma geral, mas antes verticaliza seu olhar sobre a teia de encontros entre os diversos atores sociais que compunham as relações no hospital e os efeitos que tais relações desencadeavam junto a estes.

A pesquisa *Curar Adoecendo* é parte de um conjunto de estudos de casos. Foi produzida por vários pesquisadores baseada no método pesquisa-intervenção. A



principal dificuldade para a realização do trabalho dentro deste modelo foi a indisponibilidade dos profissionais para participar das entrevistas que, segundo eles, eram em decorrência da relação entre tempo e afazeres do dia-a-dia. Basicamente, o projeto foi realizado de modo a descrever coletivamente a rotina do trabalho nas enfermarias daquela instituição, o que pôde favorecer aos trabalhadores a formulação de um discurso plural acerca da instituição.

Dos conceitos evidenciados, os de subjetividade e processo de subjetivação foram os que nos chamaram mais atenção, pois esclarecem no sentido atribuído por Foucault (1990) e Guittari (1986), ou seja, é um processo de produção histórica, o que nos leva a pensar cada sujeito singular como sujeito coletivo da enunciação.

Foi constatado nessa pesquisa que os trabalhadores(as) em estudo pareciam erigir uma cortina de invisibilidade sobre as questões trabalhistas por eles desenvolvidas. Também estes mesmos profissionais apresentavam grau elevado de resistência às mudanças das relações lá existentes. Assim, a divisão do trabalho criava obstáculos ao bom atendimento dos clientes, produzindo insatisfações entre os trabalhadores e dificultava a possibilidade de manifestação de solidariedade entre os profissionais. E, ainda, algumas tarefas eram tão parceladas que geravam dificuldades de comunicação entre os profissionais, diferente do que a organização pretendia atingir, prejudicando a execução das tarefas de forma satisfatória.

A questão salarial pouco foi referenciada enquanto fonte de sofrimento. Neste sentido, o que mais figurou foram as condições gerais de trabalho, as relações intra ou interequipe, as relações com os pacientes e seus familiares.

Muitos desejavam a criação de espaço/tempo de encontros transdisciplinares, potencializadores de diversidade no hospital, mas o medo de alguns que ficassem irremediavelmente submetidos ao poder médico, e o de outros de perder todo o poder que tinham, fazia com que nada mudasse. A falta de tempo e a comunicação eram desculpas explicativas para esta imobilidade.

A introdução do tempo medido na rotina hospitalar parecia diminuir o sofrimento dos trabalhadores(as) de saúde, uma vez que o contato com o paciente era breve, não permitindo o estabelecimento de uma relação afetiva mais significativa.

Finaliza esse estudo afirmando que naquele hospital a esperança não estava morta, mas encontrava-se abafada. O medo e o cansaço estavam produzindo movimentos que interrompiam os fluxos de solidariedade e inventividade. E frisa: “*Este estudo não conseguiu trazer informações definitivas, apenas prenúncios*”.

O *Sofrimento Psíquico e o Trabalho Hospitalar* foi o tema da dissertação de mestrado de Oliveira (1997), cuja explanação sumária faremos agora. Nesse trabalho, o foco era estudar as relações entre a organização do trabalho e a saúde mental em um hospital de referência regional no Estado do Pará.

O autor procurou investigar alguns pontos como:

- Que mediações são estabelecidas entre o processo de trabalho e saúde mental dos trabalhadores(as) de saúde que atuam nas enfermarias do hospital?
- De que forma os aspectos da organização do trabalho estariam mais relacionados à saúde daqueles trabalhadores(as).
- A relação entre os trabalhadores(as) e os pacientes enquanto possíveis fontes de sofrimento.

Com essa produção pretendia auxiliar os profissionais a resignificarem o conjunto de relações que desenvolviam com a organização e ajudá-los a perceber os reflexos finais de seu sofrimento no trato com o paciente.

Foram utilizadas abordagens metodológicas diferenciadas, de ordem quantitativa e qualitativa. No que se refere à quantificação, foi utilizado o questionário SRQ-20 (o mesmo utilizado em nosso trabalho) com a finalidade de buscar associações entre as exigências do trabalho e o sofrimento psíquico.

As informações qualitativas foram obtidas através de um questionário com o qual articulou com informações acerca da experiência no cotidiano do trabalho hospitalar.

A população-alvo do estudo era apenas trabalhadores(as) de saúde, que tinham contato direto com os pacientes nas enfermarias, contabilizando um total de 236 profissionais dentre todas as categorias.

Vários são os conceitos que Oliveira toma de empréstimo de Karl Marx, de Dejours, da Psicanálise e de outros autores e segmentos científicos. Vejamos:

“Alienação do Trabalho”, “Divisão Social do Trabalho”, “Trabalho Morto”, “Globalização”, e “Conhecimento Científico”. Estes conceitos, quando utilizados para estudar o conjunto de relação que se estabelece dentro da realidade hospitalar, são muito eficazes para demonstrar que as relações lá processadas são cristalizadas e verticalizadas, e que, portanto, os profissionais de saúde encontram-se alijados do controle da organização do trabalho, sofrimento psíquico, defesa e resistência, mecanismo de defesa/estratégia coletiva de defesa e ideologia defensiva, ergonomia, poder de disciplinar. Estes conceitos, de uma forma geral, procuram esmiuçar os efeitos psicodinâmicos que a organização do trabalho acaba refletindo no trabalhador(a).

Oliveira (1997) verificou as principais fontes de sofrimento percebidas em cada grupo de trabalhadores(as), tais como: médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Quanto aos médicos, constatou que nem todos estavam disponíveis para efetuar diagnósticos ágeis e precisos. E que médicos sofrem mais quando estão trabalhando na ala de pacientes crônicos e terminais, isto porque o contato com a morte anunciada os faz experienciar sentimento de impotência.

Quanto às enfermeiras, constatou que a maior frequência de sofrimento psíquico dava-se em relação à sobrecarga das tarefas a elas impostas e vistas como desumanas. O desvio de função impedia-as de atuar naquilo para o qual se prepararam.

Ainda foi constatado que a frequência de sofrimento entre as enfermeiras (32,4%) é mais elevada que a dos médicos (23,9%) e das auxiliares de enfermagem (22,1%) no que se refere à prática do *multiemprego*.

Auxiliares de enfermagem apresentaram os maiores índices de sofrimento devido à grande quantidade de leitos que estes têm para cuidar, como também os plantões noturnos, carga horária extensa, falta de pessoal, o absenteísmo e segunda jornada de trabalho.

Foi detectado um índice de morbidade auto-referida de 39,3% dos profissionais. Dos funcionários do hospital, 64,8% percebem o tempo que possuem como sendo insuficiente para desenvolver todas suas atividades, e 96,6% dizem que após suas atividades laborais, não possuem disposição para realizar nenhum tipo de atividade, a não ser descansar. Constatou-se ainda uma taxa de sofrimento na ordem de 34,7% entre os profissionais que trabalham de forma exclusiva, nos plantões. Ainda, o sofrimento encontra-se presente em 28,9% entre os profissionais mais novos na atividade.

Em relação à organização do trabalho, foi constatado que a maior freqüência de sofrimento (27,6%) na instituição estava entre aqueles trabalhadores(as) que percebem a divisão das tarefas de forma inadequada. E mais, quando se investigou a participação dos trabalhadores(as) nas decisões da organização, viu-se que aqueles que se consideram como atuantes nas decisões apresentaram o menor índice de sofrimento psíquico (20,9%).

Em suas conclusões, Oliveira ressalta que na organização hospitalar em estudo, os discursos e organização das atividades no hospital encontram-se cristalizadas e hierarquizadas, contribuindo significativamente para a promoção de sofrimento dos seus trabalhadores(as). Desta forma, o autor recomenda a formação de grupos de reflexão interdisciplinares como hábito em todas as alas, bem como o reconhecimento do sofrimento psíquico como sinalizador de necessidade de reflexão perante as exigências do trabalho hospitalar.

Santos & Carvalho (1999) realizaram estudo para investigar o sofrimento psíquico entre trabalhadores de serviço de saúde que lidam com pessoas portadoras de HIV/aids, com o intuito de desenvolver modelos de treinamento para a formação de grupos de apoio a estes profissionais.

O estudo desenvolvido deu-se em duas fases: a primeira delas, de definição e testes de roteiro de entrevistas para identificação de sofrimento psíquico e sua aplicação aos grupos de estudo. A segunda, de análise e definição de recomendações para desenho de programas de apoio terapêutico viáveis para os trabalhadores envolvidos.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 1995 e basicamente envolveram questões referentes a percepções sobre a epidemia e sensações desencadeadas pela relação com pessoas com HIV.

Foram identificados nas entrevistas três núcleos temáticos proferidos pelos profissionais: afastamento, alteridade e regulação das relações interpessoais. O distanciamento estava inserido entre o sujeito, o trabalhador e o paciente, em decorrência da existência do risco à doença. Este sentimento, no entanto, está calcado naquilo que é biomedicamente previsível e controlável. Quanto à alteridade, explicam ser caracterizada basicamente pelo conflito entre a penalidade (julgamento moral) e a pena (dó); a identificação de algo em comum entre paciente e profissional se configura como o elemento disruptivo desta tensão e possibilita a criação de um lugar onde a condolência consegue superar, em valor, a culpabilidade.

Por último, os enunciados de regulação das relações interpessoais, baseados nos constructos: amor, confiança, conhecimento, onde a proteção é rompida. A convivência com o universo dos pacientes modifica a percepção pessoal do profissional sobre prática amorosa e prática sexual. A dúvida se instaura e emerge o sofrimento.

Perceberam que os profissionais de saúde, no entanto, apesar de bem informados no que diz respeito à transmissão, riscos de infecção e evolução da doença, continuam temendo e discriminando pessoas que sofrem de soroconversão. Isto talvez porque os estudos, amiúde, privilegiam questões biomédicas, não dando a devida importância a temas relacionados à sexualidade e à perda, pois em muitos profissionais sua ansiedade originária se confunde com as condições particulares de seu trabalho. Isso pode ser exemplificado através do que a literatura registra com alguma frequência: convicções homofóbicas podem resultar em atitudes negativas dos profissionais ante a pacientes com aids.

Ao abordarem a categoria do sofrimento psíquico, esclarecem que não lidam com o conceito “doença mental”, mas sim com a idéia de processo, que se põe no limite entre o suportável e o adoecimento, em uma região fronteira que escapa ao campo restrito de saúde e doença. Dentro desta perspectiva, a linha de análise dos autores não se confunde com a visão da Psicologia do Trabalho, Psicologia das Relações Humanas ou da Psiquiatria Ocupacional, todas estas sofreram fortes influências do modelo clínico-psiquiátrico e só dão conta de configurar o sofrimento do indivíduo após desvinculá-lo das condições sócio-históricas nas quais está inscrito.

Santos & Carvalho destacam que a produção de Dejours et al. (1994) e colaboradores se configuram como notável reação às máximas e modelos supracitados. Desta feita é proposto, por exemplo, que o foco de investigação da psicopatologia de Dejours não deva ser mais as doenças mentais e, sim, que se defina um campo de investigação psicopatológico da normalidade. No entanto, os autores fazem uma reflexão sobre os limites e alcance epistemológico da psicopatologia do trabalho de Dejours, principalmente no que se refere ao uso de conceitos como sintoma. Isto porque esta formulação tem origem nos referenciais da clínica e detém uma carga ideológica que elimina inúmeras possibilidades de compreensão da problemática posta. Como forma de superar esta questão, Santos & Carvalho propõem a utilização do termo “diferença” em lugar de “sintoma”, entendendo-se diferença enquanto sofrimento que não necessariamente está inserido em um trajeto linear e inexorável rumo ao adoecimento.

Curiosamente, os autores nos alertam para que não consideremos somente o papel da organização do trabalho na gênese e transformação do sofrimento, como alguns autores nos mostram. As conseqüências psíquicas do trabalho se prolongam para muito além das horas remuneradas ou efetivamente trabalhadas. Ou seja, não é importante apenas considerar o papel da organização no sofrimento psíquico do trabalhador como também a carga simbólica que o labor desenvolve sobre sua subjetividade.

O fenômeno da contaminação por HIV/aids parece possuir uma carga simbólica. E para analisar esta questão vale recuperar um dado: antes do descobrimento da vacina anti-hepatite “B”, estatisticamente falando, as probabilidades de infecção e morte dos

profissionais de saúde eram muito semelhantes às apresentadas atualmente pelo HIV. No entanto, parecia haver menos reservas no manejo por parte destes profissionais em lidar com os pacientes. Isto é indicativo de que o complexo nosológico HIV/aids é detentor de um valor simbólico que engendra uma sobrecarga psíquica aos trabalhadores que lidam com a referida doença.

Dentre as conclusões realizadas pelos autores, cita-se a constatação de que entre os trabalhadores de saúde que lidam com as questões do universo HIV/aids, a percepção de risco não está calcada apenas em situações concretas de trabalho. O risco real de contaminação é secundário em relação à sua percepção imaginário-simbólica. Isto porque tais trabalhadores estão lidando, diuturnamente, com a sensação de finitude: um embate imaginário com a própria morte.

Por fim, Santos & Carvalho concluem ainda que as experiências relatadas pelos sujeitos são evidências dos modelos psiquiátricos e/ou psicológico-psicoterápicos, que têm no psiquismo individual seu foco de ação, e não são suficientes para o enfrentamento das questões que se desenvolvem em um campo de trabalho marcado pela onipresença da finitude, pela ausência de perspectivas construídas solidária e coletivamente e pelo distanciamento intersujeitos. Neste sentido, as estratégias de trabalho em grupo (oficinas, vivências, etc.) podem constituir-se em importantes meios para a elaboração do sofrimento psíquico e construção de novas redes de significação (resignificação). Ação em nível institucional e social.

## CAPÍTULO 4

### MATERIAL E MÉTODOS

#### 4.1. Desenho do Estudo: Como foi realizada a pesquisa

O projeto desta pesquisa foi desenvolvido a partir da reflexão sobre os referenciais teóricos apresentados anteriormente. Embora o interesse inicial maior fosse estudar o chamado *burnout* no profissional de saúde e suas implicações no atendimento ao paciente, percebemos que não seria muito fácil encontrar estes casos como apresentados na literatura em um universo restrito a apenas um hospital. Optamos então pela utilização do Sofrimento Psíquico como referencial básico para avaliação das repercussões sobre a saúde mental, especialmente por sua utilidade na discussão pela perspectiva da saúde coletiva, conforme demonstraram Pitta, Palácios, Jardim e Oliveira, entre outros.

A escolha de apenas um hospital para a realização da pesquisa deveu-se a um conjunto de razões, de diferentes ordens:

- A premência de tempo determinada pelo próprio regimento do mestrado;
- A falta de infra-estrutura em relação à equipe de pesquisa e de recursos materiais para a realização da pesquisa em vários hospitais;
- Nossa pequena experiência em pesquisas de porte maior, e
- O entendimento de que um estudo de caso é um estudo cientificamente válido e socialmente aceitável para fundamentar com dados empíricos uma dissertação de mestrado e contribuir para o acúmulo de conhecimento neste campo do estudo.

A instituição escolhida foi um hospital público federal com pouco mais de 200 leitos. Sua escolha deveu-se ao seu perfil de hospital geral, com setor de atendimento de emergências e unidade de terapia intensiva, destinado a funcionar como hospital-escola, prestando atendimento em diversas modalidades clínicas e cuja direção aprovou a realização da pesquisa com seus funcionários.



O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, que o aprovou em sua sessão de fevereiro de 2003.

Constituiu-se inicialmente uma equipe com cinco estagiárias de Psicologia que foram treinadas para colaborar na pesquisa. A rotina de suas atividades no hospital (razão primeira de seus estágios) e os limites do próprio curso no qual estavam inseridas inviabilizaram a participação de três delas.

Trabalhamos com o pressuposto de que o ambiente organizacional, aqui entendido como o meio no qual o indivíduo desenvolve suas ações de trabalho, as relações interpessoais e as condições objetivas e subjetivas para o desenvolvimento de suas atividades, pode ser fonte de sofrimento.

## **4.2. Instrumentos**

### **4.2.1. Self-Report Questionnaire – SRQ-20**

O questionário utilizado na pesquisa foi o *Self-Report Questionnaire – SRQ-20* ( anexo II), acrescido de cinco perguntas abertas, introduzidas para que os entrevistados pudessem discorrer livremente sobre seus sentimentos em relação ao trabalho que realizam, aos colegas, aos pacientes e principais dificuldades e satisfação no trabalho.

O SRQ-20 é um questionário de autopreenchimento desenvolvido por Harding *et al* (1980-1983). Composto por 20 perguntas sobre sinais e sintomas psico-emocionais. Foi elaborado para ser um instrumento de auxílio para o clínico geral, de fácil compreensão pelo entrevistado e de auto-resposta, tendo como objetivo detectar distúrbios psiquiátricos menores em serviços de atenção primária (Palácios, 1997).

O SRQ foi validado no Brasil conforme Palácios *et al* (2001) por Mari & Willians (1986). Com versão adaptada para sintomas não psicóticos, desde então vem sendo utilizado por vários pesquisadores para avaliar o trabalhador em diversos setores como o de saúde: (Palácios, 1993; Pitta, 1990; Oliveira, 1997), bancário: ( Silva Filho *et al*, 1991; Jardim, 1996) e outros. Este questionário foi organizado a partir de quatro

outros instrumentos: PASSR, PGI, GHQ e PSE (Pitta, 1994). Em pesquisa patrocinada pela OMS, foi testado e validado em quatro países: Colômbia, Índia, Senegal e Sudão (WHO, 1994). Sua utilização por diversos autores tem permitido a comparação dos resultados e um melhor entendimento de seus significados.

É composto por 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com 20 questões elaboradas para detecção de distúrbios “neuróticos”, e a segunda com quatro questões para detecção de distúrbios “psicóticos” (que não utilizamos).

- 1- Para uma pessoa ser considerada como possível caso, utilizar-se-á a pontuação de 7 (sete) ou mais respostas afirmativas na subescala de sintomas neuróticos.
- 2- Este ponto foi obtido anteriormente através de determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras (Smaira, 1999).

Este é um instrumento de *screening*, ou seja, para triagem de grandes populações. Nós o escolhemos por um conjunto de razões que inclui a sua simplicidade (dispensa a entrevista clínica psicológica), uma vez que se trata de um questionário simples, de autopreenchimento, já validado no Brasil e não demandando um tempo elevado para respondê-lo. Não podemos esquecer que sua utilização no presente trabalho também se deve ao fato de já ser um instrumento usado em estudos similares, possibilitando, como já afirmamos, estudos comparativos.

#### **4.2.2. Entrevistas**

Além do questionário, foram analisadas as observações sobre o funcionamento de serviços, os depoimentos recolhidos e comentários diversos durante as visitas aos locais de trabalho.

A pesquisa teve início no horário das visitas (à tarde), algo que foi visivelmente inviável em função do ritmo que toma o hospital nesta hora: a portaria se reorganiza para estar atenta a todos os detalhes; parentes e amigos chegando para visitar os pacientes; equipe de saúde mobilizada para recebê-los, e outros, levando assim a maioria dos profissionais a não dar a devida atenção para o questionário que estava

sendo proposto. Mesmo assim, alguns se interessaram e o receberam calorosamente, expressando vontade de conhecer o resultado da pesquisa posteriormente.

Cada entrevistado em potencial foi abordado em seu horário e local de trabalho. Inicialmente, o entrevistador lhe explicava a pesquisa, entregava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e só quando devolvia assinado era-lhe entregue o questionário para que preenchesse a primeira parte (SRQ-20) sozinho, e a segunda parte (perguntas abertas) fosse feita através do entrevistador.

A opção que a última parte relacionada às perguntas abertas fosse feita conosco, deveu-se à nossa observação de que ficava mais claro quando nós estávamos presentes nesta hora, pois queriam mais explicações destes itens, diziam não entender bem, e percebemos que não faziam com a mesma facilidade com que faziam as outras questões que eram somente para assinalar “sim” ou “não”.

Diante desta dificuldade surgida, passamos a nos indagar: Será que a dificuldade maior em responder estas questões era porque demandavam falar de si, falar de sentimentos, algo que foge de suas rotinas? Ou estaria ligada à própria dificuldade de expressar algo não concreto, não mensurável, que exige subjetividade e precisa parar não apenas para pensar, mas principalmente sentir? Estas e outras questões foram sendo elaboradas e nem sempre esclarecidas, mas ficamos atentos a cada entrevista realizada para conhecer o que estavam querendo sinalizar com isso.

Algumas dificuldades marcaram o desenvolvimento da pesquisa. Encontrar os profissionais em seus postos de trabalho e horários de acordo com a lista que recebemos, foi a primeira delas.

Conforme informamos, tínhamos nos organizado em vários dias e horários com o intuito de contemplar todos da lista. Assim procedemos, mas logo começamos a perceber os desencontros, que não foram poucos, tanto de horários como dos locais prescritos, pois raramente os profissionais estavam presentes, principalmente os da categoria médica, não residentes e do pronto-socorro. Perguntávamos para os que lá trabalhavam como que era esta organização, mas a maioria respondia não saber exatamente como era que funcionava. No pronto-socorro encontrávamos, na sua grande

maioria, só o residente, raras vezes o médico estava presente em conjunto, o que levávamos a adiar as entrevistas com o residente de plantão por este se encontrar sobrecarregado. Insistimos em encontrar os médicos e uma resposta para o que estava ocorrendo. Uma assistente social nos ajudou dizendo onde poderíamos encontrá-los e os horários mais prováveis, às vezes até fornecendo número de telefone de alguns deles para que pudéssemos marcar a entrevista. Isto ajudou bastante, mas não resolveu de todo a questão, pois houve profissional que só foi entrevistado em seu outro local de trabalho.

## CAPITULO 5

### RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados aqui apresentados foram frutos de pesquisa realizada na instituição referida no capítulo anterior, com capacidade para atender aproximadamente 550 pacientes, dispondo atualmente de 251 (duzentos e cinquenta e um) leitos, sendo 35 (trinta e cinco) no Pronto-Socorro (PSU) destinado a atender a demanda nas especialidades de Ortopedia, Neurologia e Neurocirurgia.

É um hospital de complexidade terciária no Sistema Estadual de Saúde que presta assistência à clientela referida dos hospitais, centros e postos de saúde da capital da rede privada, principalmente quando se trata de procedimentos de elevados custos, e dos hospitais e serviços de saúde dos demais municípios do Estado, além de receber demanda espontânea no nível ambulatorial. Ele é considerado referência para a Região Norte do Brasil.

Para ter-se uma idéia do funcionamento do hospital, detalharemos como as internações se processam.

A internação pode ocorrer via ambulatório no caso de internação eletiva ou através de pronto-socorro, no caso de urgência.

Para internação eletiva os pacientes são encaminhados por médicos do Serviço de Pronto Atendimento, Postos de Saúde e outros hospitais ou TFD (Tratamento Fora do Domicílio).

Após o primeiro atendimento no pronto-socorro, os casos que apresentam maior gravidade são encaminhados para internação, avaliação neurocirúrgica ou ortopédica. O encaminhamento para internação de urgência ainda pode ser derivado dos mesmos locais acima descritos na internação eletiva.

## 5.1. Caracterização da População do Estudo

Inicialmente, o nosso objetivo era discutir as relações entre sofrimento psíquico e trabalho entre médicos e equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) do hospital nos setores de emergência, CTI adultos e medicina interna. No entanto, após análise pormenorizada, resolvemos limitar nosso estudo às especialidades de médicos e enfermeiros, por motivos similares que nos levou a restringir nossa pesquisa a apenas um hospital, conforme explicado anteriormente.

Foi obtida no setor de pessoal do hospital uma lista dos profissionais lotados nas clínicas de interesse da pesquisa, ou seja, CTI e PSU, o que nos foi concedido. Esta lista continha o nome completo de cada profissional, o cargo que ocupava, a clínica em que trabalhava e o tipo de vínculo profissional que mantinha com a instituição.

Após a análise desta listagem constatamos que seria necessário reduzir o número de entrevistas para que a pesquisa fosse viável no tempo disponível. Optamos, portanto, por retirar as categorias profissionais com formação de nível médio ou elementar.

A população do estudo foi constituída pelos médicos e enfermeiros, de qualquer especialidade, que fossem oficialmente lotados no Pronto-Socorro Universitário ou no Centro de Terapia Intensiva do hospital. Como os vínculos dos que trabalham no hospital são diversos, convém explicitá-los. Há profissionais concursados, terceirizados, membros de cooperativas profissionais, contratados pelo Estado ou Prefeitura Municipal com lotação no hospital, ou residentes (de Medicina ou Enfermagem). Tamanha diversidade de vínculos já é um indicativo das dificuldades que seriam observadas na pesquisa, seja por diferenças salariais, benefícios trabalhistas (férias e décimo terceiro salário, por exemplo) ou mesmo de carga horária contratada. É pouco provável que equipes com tamanha falta de padronização de direitos e deveres possam comportar-se de forma muito harmônica, mas este é apenas um dos desafios que o SUS vem enfrentando em seu processo de implementação.

Assim, o conjunto de profissionais selecionados para o estudo foi composto por 41 entrevistados, de um total de 69 médicos e enfermeiras lotados no CTI e PSU. Sua distribuição segundo lotação funcional pode ser observada na Tabela 5.1; destes, 29 (71%) eram médicos e 12 (29%) enfermeiros, apresentando uma distribuição homogênea. Na Tabela 5.2 podemos observar sua distribuição conforme o sexo dos entrevistados. Nota-se que havia um número maior de mulheres trabalhando no CTI, numa proporção de 71,4%, enquanto que no PSU esta proporção foi inversa, chegando a 70% entre os homens. Que explicaria tal fato? Será que o pronto-socorro com suas características de emergência e imprevisibilidade contribuem para que o sexo feminino opte mais pelo CTI? Nos estudos de Palácios (1993: 77-78), é levantada hipótese de que os profissionais que trabalham na emergência ante a situações muitas vezes incontrolláveis, sentem-se impotentes e este sentimento assemelha-se à impotência descrita por Blauner (apud Palácios, 1930), que por sua vez relaciona a falta de controle sobre o processo de trabalho, e esta situação seria geradora de sofrimento.

**TABELA 5.1**  
**DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS SELECIONADOS PARA**  
**PESQUISA SEGUNDO CLÍNICA**

<b>Clínica</b>	<b>Médicos</b>		<b>Enfermeiros</b>		<b>Total</b>
	(absoluto)	(%)	(absoluto)	(%)	
CTI	15	52%	6	50%	21
Pronto-Socorro	14	48%	6	50%	20
<b>Total</b>	29	100%	12	100%	41

**TABELA 5.2**  
**DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS SELECIONADOS PARA**  
**PESQUISA E SEXO SEGUNDO CLÍNICA**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Sexo</b>	<b>CTI</b>	<b>Pronto-Socorro</b>	<b>Total</b>
<b>Médicos</b>	Homens	6 (32%) (29%)	13 (68%) (65%)	19 (100%) (46%)
	Mulheres	9 (90%) (43%)	1 (10%) ( 5%)	10 (100%) (24%)
<b>Enfermeiros</b>	Homens	0 ( 0%) ( 0%)	1 (100%) ( 5%)	1 (100%) ( 2%)
	Mulheres	6 (55%) (29%)	5 (45%) (25%)	11 (100%) (27%)
<b>Total</b>		21 (51%)	20 (49%)	41 (100%)

Tanto no CTI quanto no PSU, o estado civil predominante é o casado equivalente a 70,7%.

Em relação à idade, os entrevistados eram, em sua maioria, adultos jovens, com a maior frequência (76,2%) na faixa entre 30 a 49 anos correspondente a 76,2%, o que é coerente com o observado por Machado & Rego (1996: 31) quando afirmou que “o Brasil confirma a característica ‘jovem’ da profissão, ou seja, 63,8% têm menos de 45 anos de idade, havendo semelhanças regionais”.

## **5.2. O Pronto-Socorro**

O pronto-socorro é para o hospital uma importante porta de entrada, um serviço que demanda todo tipo de serviço dos outros setores que compõem a referida casa de



saúde (laboratório, imagem, métodos especiais de diagnósticos, internação), além de contar com a infra-estrutura administrativa para compra de material, conservação, patrimônio, etc. O PS (pronto-socorro) se relaciona com praticamente todos os outros setores do hospital. Ele conta com 21 leitos destinados a atender a demanda nas especialidades de ortopedia, neurologia e neurocirurgia. Em 2001 houve 1.883 internações aliadas a 6.894 consultas-atendimento.

Em entrevistas com a assistente social a respeito da sua percepção sobre o PSU e o hospital como um todo, esta comentou que é muito complicado administrar um hospital universitário. Há inúmeros procedimentos que não são cadastrados no sistema, por não atenderem às exigências de acreditação, por isso não são cobrados. Sempre está levando prejuízo, havendo falta de quase tudo.

Outra dificuldade apontada é da própria política de recursos humanos existente na instituição. Há uma variedade de tipos de vínculo empregatício e não há isonomia em termos salariais.

Há ainda grande dificuldade administrativa que se expressa na ausência de uma gerência própria do pronto-socorro. A enfermagem do PSU também se queixa de não ter uma chefia própria.

As normas de funcionamento do PS refletem no relacionamento dos profissionais da casa: *“É tudo muito permissivo. Faz-se o que se quer. Existe um fator histórico. As coisas não são resolvidas porque não tem a pessoa certa para o lugar certo”*, afirmou a Assistente Social entrevistada.

A fala da funcionária acima referida completa-se com a de outra, que é enfermeira do PSU, que se queixa das próprias condições de trabalho que não são adequadas: salas apertadas, sem privacidade, não se tem segurança e acrescenta que os médicos têm pouco respeito pelo paciente, não dão satisfação para os familiares, e estes terminam por cobrar do pessoal da enfermagem. Segue abaixo seu depoimento:

*“ Não tem trabalho de equipe, falta amor e interesse das pessoas para ajudar, além de material de primeiras necessidades (algodão, esparadrapo, lençol,*

*medicação, etc.), equipamentos (oxímetro de pulsão, monitor de frequência cardíaca, respirador, etc.) e pessoal”.*

*“Às vezes não se tem funcionário, eles faltam muito, têm outros empregos. Tem de se recorrer a outras clínicas, sobrecarrega o funcionário que em média ficam 7 a 8 pacientes por profissional”.*

*“ O relacionamento interpessoal não é bom entre todos os turnos, sendo prejudicado principalmente com os da noite, pois a comunicação fica estrangulada”.*

Estes posicionamentos refletem o ambiente organizacional desse hospital, onde as relações entre os profissionais estão sendo prejudicadas e a execução do trabalho também, tanto pela carência de material evidenciada como pela falta de cooperação mútua entre colegas. Isso nos aproxima de uma citação de Dejours: *“Outra causa freqüente de sofrimento no trabalho (...) não estão em questão a competência e a habilidade. Porém, mesmo quando o trabalhador sabe o que deve fazer, não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando assim a cooperação, etc.”* (Dejours, 2001: 31).

### **5.3. O CTI**

No CTI tudo parece ser urgente e grave. São atendidos os casos de pacientes que se encontram em situação limite entre a vida e a morte e necessitam de recursos técnicos e humanos especializados para que se recuperem.

Lá trabalham profissionais com diferentes formações: fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem e médicos.

O paciente ao adentrar a sua porta, onde está escrito: NÃO ENTRE SEM PERMISSÃO, passa a fazer parte dos procedimentos rotineiros tais como: retirada de suas roupas, guarda de pertences pessoais, aparatos relativos a higiene pessoal, etc. Os acompanhantes são dispensados, restringido-lhes a presença ao horário de visitas (entrando um por vez).

Oliveira, em estudos realizados na UTI, nos fala: *“é difícil defrontar-se com pacientes de fraldas, imobilizados, com aparelhos, chorando, despertos, conscientes ou não de seu estado clínico(...).Ocorre uma total dependência que traz medo. Um medo que talvez seja próprio da precariedade da existência humana. Constata-se que para os profissionais essa experiência também é revestida de dificuldades”* (Oliveira, 2002: 36).

O ambiente da UTI descrito pelo autor é bem semelhante ao CTI da nossa pesquisa. Lá também nos defrontamos com doentes debilitados, tão dependentes e regredidos que às vezes parecem crianças. Vê-se nos profissionais que lá trabalham as mesmas preocupações e dificuldades acima referidas, embora nem todos admitam .

O CTI exige maior complexidade nos procedimentos Cada paciente tem de fazer uso da bomba de infusão, assim exige-se destreza e experiência. Segundo alguns entrevistados, é o setor mais complexo do hospital, onde estão os melhores equipamentos. *“Os funcionários novos que lá chegam, são postos à prova; os que já trabalham lá, na maioria das vezes, se sentem os bons”* (enfermeira do CTI ).

Dispõe de onze leitos, destes uma média de 8 a 9 ficam ocupados. O espaço de um leito para outro é muito curto, está abaixo da norma. *“É um sufoco quando alguém tem uma parada cardíaca, não dá para entrar o carrinho entre um leito e outro”* .

Existem três tipos de plantões no CTI:

- 1) 12 horas trabalhadas para 60 de folga – 12/60 – (noturno ou diurno)
- 2) Diarista: 30 horas semanais
- 3) Médico: 12 horas por semana

No CTI são organizadas escalas mensalmente para o pessoal de enfermagem.

Enfermeiros queixam-se de serem muito cobradas. A família cobra muito da categoria: *“ Com o médico é diferente, pois vem e vai logo”* (enfermeira).

*“Não é todo mundo que nasceu para trabalhar na área de saúde. Existem uns que trabalham de má vontade, são os piores profissionais”* (enfermeira).

Nessas explicações é demonstrado que os profissionais da enfermagem sentem-se sobrecarregados, e observam que para trabalhar na área de saúde são necessários atributos que tornem estes mais atenciosos e humanizados.

Sobre a saúde do trabalhador de enfermagem, de forma geral, afirmou que o número de enfermeiros que são afastados por problemas de saúde não é significativo, embora existam as dificuldades de cada um no dia-a-dia do hospital.

Em entrevistas realizadas com médico do CTI, fomos informados de que atualmente o corpo de profissionais desta clínica é composto por:

- 2 médicos (manhã)
- 1 médico (tarde)
- 1 médico (noite)
- 1 residente de Medicina (por mês). Este é da clínica médica. O CTI não

teve candidatos ao cargo.

Quanto aos profissionais da parte de Enfermagem, informou que estão divididos em:

- 1 chefe
- 2 enfermeiros (manhã)
- 2 por plantão de 24 horas
- 8 a 9 auxiliares de enfermagem.

A parte material ainda precisa ser mais bem suprida, há muitos aparelhos que chegaram e estão aguardando para ser instalados. Falta treinamento para o pessoal operar os novos instrumentos, pois: *“ com o passar do tempo a UTI modernizou-se em termos tecnológicos de maneira surpreendente, principalmente nos últimos quinze anos, tanto no que diz respeito a equipamentos quanto nos recursos medicamentosos disponíveis e nas técnicas e manobra de intervenção”*(Romano, 1999:63).

Na maioria das vezes, a relação interpessoal é boa. Informaram que muitos colegas se estressam em busca de ganhar mais dinheiro, tirando muitos plantões em outros lugares.

Acerca do trabalho no CTI, um dos médicos entrevistados diz que há o aspecto estressante, mas de uma forma geral gosta de lidar com doentes que exigem cuidados específicos, condutas que vão definir a vida do paciente, diferente de um pronto-socorro onde os quadros são muito comuns e não exige um olhar mais preciso. Desta forma, é muito bom estar no CTI, sente-se bem estando nesta função. Assegura gostar de fazer o que conhece e o que mais lhe fascina é a aplicação da resolutividade na medicina de urgência.

#### **5.4. O Sofrimento Psíquico no CTI e no PS**

##### **5.4.1. O Sofrimento Psíquico evidenciado pelas Entrevistas**

Inicialmente iremos expor algumas falas que evidenciam o Sofrimento Psíquico nas clínicas referidas.

Em contato com uma das enfermeiras no PSU, esta comentou: *“É mais fácil morrer aqui que sobreviver, pois a falta de estrutura básica é forte. Além de não ter medicação e recursos suficientes, a equipe não colabora. Há muitas intrigas e até sabotagens em algumas clínicas”*. Chama atenção para a falta de respeito que alguns profissionais têm com os pacientes e principalmente com acompanhantes. *“Ao invés de fazer uma cumplicidade com eles (acompanhantes), querem atribuir-lhes papéis que não são deles e sim do auxiliar de Enfermagem, tais como: avisar que o soro acabou, administrar remédios, etc.”* Assinala também a falta de respeito com o sono do paciente, ela acredita que estes, no hospital, não conseguem dormir mais de quatro horas. *“O limite entre a sanidade e a loucura é pequeno”*, finaliza.

Alguns dos residentes abordados verbalizaram que precisavam mesmo era de terapia, pois se sentiam sobrecarregados. Um deles desabafou: *“O sistema é ruim. A sobrecarga dos pacientes vem para os médicos. Se cada um fizesse sua parte...”*

*Acredito que falta melhor divisão do trabalho e é angustiante ver o paciente se afogando. De quem é a culpa? Acho que todos são culpados. Vai-se empurrando. A medicina é atrasada aqui em relação a outros centros. É angustiante". Acrescenta em seguida: "De um plantão para o outro não consigo dormir. No meu plantão, mesmo sendo nesta clínica (PSU), tenho de correr para onde tiver um 'buraco', onde o paciente neurológico tiver. Pode ser até na pediatria."*

Sugere que tivesse ao menos 2 (dois) residentes por plantão e não um. Fala que deveria ter mudanças quanto a muitos procedimentos adotados que dificultam a melhor atuação. Diz que pergunta a si mesmo: *"Será que é isso que eu escolhi para minha vida? Tanta gente morrendo..."*. Queixa-se ainda da falta de interesse por parte dos preceptores para que se atualizem e se aprimorem (cursos, seminários, etc.). *"A gente tenta crescer dentro da deficiência, é como se fosse um crescimento de um subnutrido"*. Mas, acha que essas dificuldades poderão fortalecê-lo para atuar em qualquer lugar. Afirmou ainda que não vê a hora de acabar a residência, pois: *"Pode cair um míssil a qualquer momento"*.

Nestes comentários, fica-nos clara a presença de sofrimento destes profissionais diante da desvalorização, falta de reconhecimento e sentimento de impotência diante da situação em que se encontram.

Durante as entrevistas, alguns profissionais aproveitavam para realizar comentários, às vezes ganhavam características de desabafo. Uns mais reticentes outros mais claros e abertos.

Houve também profissionais que nos recebiam mal-humorados, transparecendo certa hostilidade, desconfiança e descrédito.

E até mesmo a atitude de um deles que, ao ser abordado na portaria quando chegava para o seu plantão e após as devidas apresentações, foi-lhe perguntado que horário seria melhor para ir ao seu encontro e onde estaria, para iniciarmos a entrevista. Olhou desconfiadamente e sem interesse e nada respondeu. Após insistir com a pergunta, disse que não saberia dizer ao certo por estar chegando naquele momento, mas que passasse lá depois. Após me informar onde era o "lá", aguardei uns 30 minutos

para que ele pudesse “receber o plantão”, conforme tinha dito. Indo ao seu encontro, estava em uma sala com a porta aberta ao lado de outras pessoas, talvez pacientes e profissionais, quando pedi licença, entrei e o cumprimentei, ele fez que não viu. Retirei-me, aguardei-o do lado de fora da sala. Não se passaram 10 minutos quando este profissional saiu, passou por mim, e agiu como se eu não estivesse lá. Foi se dirigindo para a porta de saída, ao que eu fui atrás. E, assim, foi embora.

Diante de tal atitude, faz-nos pensar um leque de questionamentos, como: O que leva um profissional de saúde ser tão mal-humorado? Será que age assim também com os pacientes sem dar atenção, sem parar para escutar? Ou será que esta foi uma questão específica? E com os colegas da mesma categoria, seria diferente o nível de tratamento? Ou será que esta postura insólita está relacionada com o nível de sofrimento psíquico deste profissional, de forma que a sociabilidade fica comprometida e o isolamento social se instala? Desta forma, essa perda pode estar relacionada ao sofrimento e teremos de considerar a possibilidade dos resultados estarem subestimados.

Quanto ao CTI, a maioria dos profissionais que constava na lista pôde ser entrevistada, haja vista que tínhamos um quantitativo de 29 profissionais e entrevistamos 21. As dificuldades encontradas aqui foram outras. A maioria recebeu muito bem nossa abordagem, sentindo-se à vontade para falar livremente, até muitas vezes fugindo da nossa proposta, o que tínhamos de retomar, enquanto outros poucos se mostraram esquivos e com certa hostilidade. Podemos ilustrar com alguns pequenos comentários da equipe médica, tais como: *“Pra quê isso? Isso não vai adiantar de nada”*. Ou então: *“Deixe aí, se eu tiver tempo...”*. Outros demonstravam querer limitar-se a responder só ao que era perguntado.

Acrescentamos ainda que 1 (um) funcionário estava de férias e outros 2 (dois), segundo informações, lá não mais trabalhavam. A residência no CTI ainda está em fase de implantação, embora já houvesse 1 (um) residente, foi o que nos informou um dos entrevistados.

#### 5.4.2. O Sofrimento Psíquico evidenciado pelo SRQ-20

Os resultados da aplicação do questionário contendo o SRQ-20, conforme descrito no capítulo de Metodologia, estão apresentados para as duas unidades estudadas, CTI e PS e para os dois grupos profissionais estudados, enfermeiros e médicos. Algumas tabelas referem-se ao conjunto da população do estudo (médicos e enfermeiros lotados no CTI e no PS).

A Tabela 5.3 mostra a frequência global da presença de sofrimento psíquico entre os entrevistados. Conforme visualizado nesta tabela, é considerado o escore de 7 como ponto de corte, conforme recomenda Mari (*apud* Palácios, 1993), para indicação de sofrimento psíquico.

**TABELA 5.3**  
**FREQÜÊNCIA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO NA POPULAÇÃO DO ESTUDO**  
**(MÉDICOS E ENFERMEIROS NO PS E NO CTI)**

<b>SRQ-20</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Acumulado</b>
<b>SRQ <math>\geq</math> 7 com sofrimento Psíquico</b>	<b>15</b>	<b>36,6%</b>	<b>36,6%</b>
<b>SRQ <math>&lt;</math> 7 sem sofrimento Psíquico</b>	<b>26</b>	<b>63,4%</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0%</b>	

**TABELA 5.4**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO O SEXO NA POPULAÇÃO DO**  
**ESTUDO**

<b>SEXO</b>	<b>Sofrimento Psíquico?</b>		<b>Total</b>
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
Feminino	7 (33%)	14 (67%)	21 (51,%)
Masculino	8 (40%)	12 (60%)	20 (49%)
<b>Total</b>	<b>15 (37%)</b>	<b>26 (63%)</b>	<b>41 (100%)</b>



Do total de entrevistados conforme mostra a Tabela 5.4, entre homens e mulheres, 37% demonstraram apresentar sofrimento psíquico, não existe diferença significativa na presença de sofrimento psíquico em relação ao sexo do trabalhador.

**TABELA 5.5**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CLÍNICA**

<b>Setor</b>	<b>Sofrimento Psíquico?</b>		<b>Total</b>
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
CTI	6 (29%)	15 (71%)	21 (51%)
PSU	9 (45%)	11 (55%)	20 (49%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

O CTI apresenta menor porcentagem de pessoas com sofrimento psíquico, 29% (Tabela 5.5), enquanto que no PSU este valor é de 45,0%, semelhante aos encontrados por Palácios (1993: 77) e Pitta (1990: 155-156), quando também investigaram trabalhadores de hospitais. Palácios atenta para a hipótese de que é na emergência que o médico lida com situações adversas e imprevisíveis, trazendo-lhe sentimento de impotência. Ilustremos tal comentário com uma das falas de um médico :

*“Não se tem um P.S aqui há uns 6 anos, e sim um depósito humano”.*

Percebe-se diante de tal desabafo que o pronto-socorro não está sendo considerado como deveria ser de fato, um serviço emergencial preparado para atender às demandas a que se propõe. E, também, que este profissional sente-se impotente diante de tal situação, que como ressaltado por Palácios (1993: 77), é uma das variáveis que leva ao sofrimento.

Enquanto que no CTI o processo terapêutico está amparado pela presença de instrumentação adequada e situações previsíveis, permitindo um maior controle sobre o processo, podemos ilustrar com a fala de um dos médicos desta clínica:

*“Eu trabalho mais à noite aqui, é mais tranquilo. Aqui paro e penso. Acho que o que adocece é a mente”.*

Paradoxalmente a esta fala, um outro médico entrevistado, quando perguntado sobre os sentimentos que sentia em relação aos que prestava atendimento no seu setor (CTI), comentou:

*“Quando o médico está há muito tempo no CTI, cria um mecanismo de distanciamento. Diria que não sente nada, não é desprezo, apenas não há relação.”*

Interessante observar que este médico não fala só por ele, diz: “o médico”, querendo fazer uma generalização dos profissionais de sua categoria que trabalham naquela clínica. Quanto a este distanciamento sentido, já tínhamos assinalado quando expusemos sobre as defesas e o profissional de enfermagem (ver capítulo dois), estudadas por Seligmann-Silva (1994: 245). Poderemos acrescentar ainda: *“Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo. No domínio da psicologia do trabalho (...) existem defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente. Trata-se de ‘estratégias coletivas de defesa’”* (Dejours, 2001: 35).

E outro:

*“No CTI se tem muito insucesso, às vezes fica-se triste”* (médico).

Este profissional, diferentemente do anterior, permite-se falar do seu sentimento sem recorrer a indiferença, distanciamento ou outra estratégia defensiva.

**TABELA 5.6**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CTI SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

Faixa Etária	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
De 20 a 39 anos	2 (25%)	6 (75%)	8 (38%)
De 40 e mais	4 (31%)	9 (69%)	13 (62%)
<b>Total</b>	6 (29%)	15 (71%)	21 (100%)

**TABELA 5.7**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO NO PSU SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

Faixa Etária	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
De 20 a 39 anos	8 (67%)	4 (33%)	12 (60%)
De 40 e mais	1 (13%)	7 (87%)	8 (40%)
<b>Total</b>	9 (45%)	11 (55%)	20 (100%)

**TABELA 5.8**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO NA POPULAÇÃO DO ESTUDO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

Faixa Etária	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
De 20 a 39 anos	10 (50%)	10 (50%)	20 (49%)
De 40 e mais	5 (24%)	16 (76%)	21 (51%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

Nas Tabelas 5.6, 5.7 e 5.8, é possível verificar as diferenças de distribuição por faixa etária no CTI e no PS: no CTI, 62% dos profissionais de nível superior estão

acima de 40 anos, enquanto que no PS essa proporção é de 40%. Quanto ao sofrimento psíquico, no CTI não há diferença entre os grupos de faixa etária, enquanto que no PS há frequência de sofrimento aumentada no grupo mais jovem (87% contra 13% acima de 40 anos). Tal fato nos remete a indagações tais como: Será que quanto maior a idade, melhor se conseguirá lidar com a questão do sofrimento psíquico? Estará este fator ligado à adaptação no trabalho, a estratégias defensivas e/ou mecanismos outros? Ou estará ligada a organização do trabalho onde os mais jovens são mais explorados?

Podemos também notar que os valores encontrados são compatíveis com a distribuição etária, e que possivelmente o valor baixo de sofrimentos no CTI da Tabela 5.5 deve-se ao fato de as pessoas que trabalham nesta clínica terem maior experiência e desenvolverem um trabalho que requer e propicia maior complexidade, o que não ocorre com o PSU, onde os profissionais sentem-se exercitando uma atividade com “menor importância”. Estes fatos serão melhor evidenciados quando analisarmos a Tabela 5.9, onde descobriremos que no CTI existe uma concentração alta de profissionais com experiência entre 10 a 19 anos.

**TABELA 5.9**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO TEMPO DE SERVIÇO NO CTI E NO HOSPITAL**

Tempo de Serviço	Sofrimento Psíquico?								Total			
	SIM				NÃO							
	Coluna abaixo com o local onde contou o tempo de Serviço											
	CTI		Hospital		CTI		Hospital		CTI		Hospital	
Até 1 ano	2	33%	1	33%	4	67%	2	67%	6	29%	3	14%
De 2 a 4	1	33%	2	67%	2	67%	1	33%	3	14%	3	14%
De 5 a 9	3	38%	1	33%	5	63%	2	67%	8	38%	3	14%
De 10 a 19	0	0%	1	10%	3	100%	9	90%	3	14%	10	48%
De 20 a 29	0	0%	1	50%	1	100%	1	50%	1	5%	2	10%
<b>Total</b>	6	29%	6	29%	15	71%	15	71%	21	100%	21	100%

**TABELA 5.10**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO TEMPO DE SERVIÇO NO PSU E NO HOSPITAL**

Tempo de Serviço	Sofrimento Psíquico?								Total			
	SIM				NÃO							
	Coluna abaixo com o local onde contou o tempo de Serviço											
	PSU		Hospital		PSU		Hospital		PSU		Hospital	
Até 1 ano	3	75%	3	75%	1	25%	1	25%	4	19%	4	19%
De 2 a 4	3	43%	3	50%	4	57%	3	50%	7	33%	6	29%
De 5 a 9	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	4	19%	4	19%
De 10 a 19	1	33%	1	50%	2	67%	1	50%	3	14%	2	10%
De 20 a 29	0	0%	0	0%	2	100%	4	100%	2	10%	4	19%
<b>Total</b>	9	45%	9	45%	11	55%	11	55%	20	95%	20	95%

Observou-se (Tabelas 5.9 e 5.10) que à medida que o tempo de serviço aumenta, o percentual de sofrimento psíquico reduz, ou seja, funcionários com tempo de serviço inferior a 10 anos apresentam maior porcentagem de sofrimento (75% a 30%). Oliveira (1997: 88) obteve achado parecido, Palácios (1993: 48) e Pitta (1990: 158) também nos trouxeram constatações semelhantes em suas investigações no que se refere ao tempo de serviço no hospital e na profissão, e comenta que o profissional, com o passar do tempo, tende a defender-se melhor.

**TABELA 5.11**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO FUNÇÃO**

Função	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
Enfermeiro	3 (25%)	9 (75%)	12 (29%)
Médico	7 (31%)	16 (69%)	23 (56%)
Médico residente	5 (83%)	1 (17%)	6 (15%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

**TABELA 5.12**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO CURSO E CLÍNICA**

CURSO	Clínicas					
	CTI			PSU		
	Sofrimento Psíquico?		TOTAL	Sofrimento Psíquico?		TOTAL
	SIM	NÃO		SIM	NÃO	
Enfermeiros	1 17%	5 83%	6 29%	2 33%	4 67%	6 30%
Médicos	5 33%	10 67%	15 71%	7 50%	7 50%	14 70%
<b>Total</b>	6 29%	15 71%	21 100%	9 45%	11 55%	20 100%

**TABELA 5.13****SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO FUNÇÃO E CLÍNICA**

FUNÇÃO	Clínicas											
	CTI					PSU						
	SIM		NÃO		TOTAL	SIM		NÃO		TOTAL		
Enfermeiros	1	17%	5	83%	6	29%	2	33%	4	67%	6	30%
Médicos	4	29%	10	71%	14	67%	3	33%	6	67%	9	45%
Residentes	1	100%	0	0%	1	5%	4	80%	1	20%	5	25%
<b>Total</b>	6	29%	15	71%	21	100%	9	45%	11	55%	20	100%

É interessante observar, na Tabela 5.11, que dos 6 (seis) médicos residentes entrevistados, 5 (cinco) apresentam sofrimento psíquico. O mesmo pode ser observado na Tabela 5.10.

Estes jovens profissionais nos levam a refletir sobre as condições em que trabalham: horários, divisão de tarefas, materiais, falta de reconhecimento, pouco apoio de preceptores, etc. É oportuno citar a pesquisa realizada por Nogueira Martins (1996) realizada no Complexo Unifesp (SP) com residentes de Medicina. Seu interesse nasceu a partir da preocupação com o estresse vivenciado por estes, principalmente após episódio de suicídio de quatro jovens médicos entre 1995 e 1996 (dois eram residentes). Tal episódio causou grande impacto institucional, o que o levou a criação de um centro pioneiro de apoio de ajuda psicológica e psiquiátrica aos residentes naquela instituição.

No hospital em que desenvolvemos nosso estudo, obtivemos diálogos com residentes que deixaram claro a situação de estresse a que estavam submetidos, conforme comentários no capítulo anterior, em que mencionamos como os entrevistados reagiram ao fazer a pesquisa.

**TABELA 5.14**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO PROBLEMA DE SAÚDE,**  
**TRATAMENTO PSICOTERÁPICO E USO DE TRANQUILIZANTE**

Pergunta e Resposta		Sofrimento Psíquico?		Total
		SIM	NÃO	
Tem Problema de Saúde	Sim	7 (58%)	5 (42%)	12 (29%)
	Não	8 (28%)	21 (72%)	29 (71%)
Fez Tratamento Psicológico	Sim	5 (83%)	1 (17%)	6 (15%)
	Não	10 (29%)	25 (71%)	33 (85%)
Faz uso de Tranquilizantes	Sim	3 (100%)	0 (0%)	3 (7%)
	Não	12 (32%)	26 (68%)	38 (93%)

A Tabela 5.14 mostra que 29% dos entrevistados informaram problemas de saúde nos últimos 6 meses. Destes, 58% apresentam sofrimento psíquico. Obtivemos a maioria destes profissionais respondendo *não* no momento da entrevista, querendo demonstrar que a maioria deles gozou de saúde neste intervalo de tempo. Não sabemos informar se o resultado obtido corresponde exatamente à realidade. Parece-nos que responder negativo a esta pergunta, bem como as correlacionadas a ela, tais como o uso de tranquilizantes e tratamento psicológico, é não querer demonstrar que o profissional de saúde adoença, precise de cuidados, transmitindo idéia de onipotência. Pois, nestas últimas questões citadas, chama-nos atenção que só 15% dos entrevistados afirmaram ter sido submetidos a tratamento psicológico e 7% terem feito uso de tranquilizantes. Daí pensarmos existir uma correlação entre problemas de saúde e sofrimento psíquico visto existir uma maior porcentagem entre estes.

É mister perceber que a maioria dos entrevistados que referiu não fazer uso de tranquilizantes, 28% (Tabela 5.14) apresentou sofrimento psíquico. Dos que referiram fazer uso de tranquilizante, todos apresentaram sofrimento psíquico.



Observamos que a maioria das pessoas que procurou tratamento psicológico apresentou sofrimento psíquico (83%, Tabela 5.14). Pode ser um indicativo de que estes profissionais de alguma forma já tivessem percebido em si a necessidade de receber suporte psicológico pelo desprazer sentido

**TABELA 5.15**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO ATIVIDADE DE LAZER**

Atividade de Lazer	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
Não	10 (67%)	5 (33%)	15 (37%)
Sim	5 (19%)	21 (81%)	26 (63%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

Podemos observar que dos que se referiram a *não* ter atividade de lazer, encontramos 66,7% (Tabela 5.15) destes apresentando sofrimento psíquico.

Outra questão importante a ser apontada é o fato de que entre a maioria dos entrevistados, 63,4% (Tabela 5.15), que se referiu a ter atividades de lazer, encontramos uma redução no percentual de sofrimento psíquico.

Ao que parece, a atividade de lazer está também relacionada ao padecimento psíquico. Será que os que têm atividade de lazer tendem a sofrer menos? Seligmann-Silva (1996: 33-37) afirma: “O lazer é considerado como defesa contra o esvaziamento existencial e o cortejo de manifestações de sofrimento mental associadas ao trabalho e como componente importante na consecução de melhores padrões de qualidade de vida”. Ressalta ser imprescindível que esta atividade traga descontração e “desligamento” das preocupações laborais cotidianas. Baseada nesta citação, nosso questionamento ganha respostas mais claras, pois é mostrada a importância de ter-se

atividades livres e prazerosas distintas das do trabalho, para que possa “restaurar” os indivíduos. A esse respeito, uma das médicas entrevistadas comentou:

*“A rotina aqui é agitada, falta tempo, mas o sábado é obrigatório: é dia de lazer”.*

**TABELA 5.16**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO INTERFERÊNCIA NA VIDA FAMILIAR POR PROBLEMAS DO TRABALHO**

Interfere na vida familiar	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
Não	2 (15%)	11 (85%)	13 (32%)
Sim	13 (46%)	15 (54%)	28 (68%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

A maioria dos entrevistados (68%, Tabela 5.16) respondeu que as questões profissionais, de alguma forma, interferem na vida familiar, ou seja, as questões afetas ao trabalho são levadas de alguma forma para casa, como se não pudessem desligar-se. Podemos ilustrar com a fala de uma médica:

*“Os dias após o plantão eram mortos para mim, pois ficava extremamente cansada, sem coragem para nada”.*

Dos que admitiram a interferência do trabalho na vida familiar, 46% apresentam sofrimento psíquico, uma maior frequência para os que negaram.

**TABELA 5.17**  
**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A LIBERDADE PARA FAZER**  
**MUDANÇAS NO TRABALHO**

Sente-se livre para realizar mudanças	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
Não	9 (60%)	6 (40%)	15 (37%)
Sim	6 (24%)	19 (76%)	25 (61%)
Ignorado	0 (0%)	1 (100%)	1 (2%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

Nesta questão, percebemos que houve muitas interpretações diferentes das quais a questão se propunha (visto não estar especificada). Mesmo assim, consideramos importante expor os resultados por considerá-los significativos, uma vez que esta pergunta passa pelas questões referentes à autonomia do funcionário ante a organização, o que, segundo Palácios (1993), supostamente traria mais controle sobre o processo de trabalho realizado.

Os resultados obtidos indicam que quem não se sente com liberdade para realizar mudanças, apresenta maior frequência de sofrimento psíquico (60%, Tabela 5.17). Trazemos a fala de um dos entrevistados para mais claramente termos tal correlação:

*“Isso é a rotina do hospital, passe uma semana direto aqui e verá! A gente não consegue mudar as coisas. Às vezes tem paciente que vem aqui só para pegar atestado, fingindo ter alguma coisa, me estresse”.*

Ou:

*“À noite somos psicólogos e médicos ao mesmo tempo. Aqui não tem o material básico, o paciente tem alta para morrer em casa. Criam expectativas no paciente e não realizam cirurgias. O enfermeiro às vezes não deveria tirar*

*plantão, vir só para organizar material. O enfermeiro deveria ser pago só para resolver a parte organizacional. Se não tivesse na cooperativa, não estaria mais aqui”.*

**TABELA 5.18**

**SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO PROFISSIONAIS QUE RECEBEM SUPORTE NO TRABALHO PARA LIDAR COM SOFRIMENTO**

Recebimento de suporte	Sofrimento Psíquico?		Total
	SIM	NÃO	
Não	14 (45%)	17 (55%)	31 (76%)
Sim	1 (50%)	1 (50%)	2 (5%)
Ignorado	0 (0%)	2 (100%)	2 (5%)
Não se aplica	0 (0%)	6 (100%)	6 (15%)
<b>Total</b>	15 (37%)	26 (63%)	41 (100%)

A Tabela 5.18 apresenta os resultados para a pergunta: *Recebe suporte no trabalho para administrar seu sofrimento?* Os valores nos chamam atenção para questões de ordem metodológicas. Primeiro é que muitos profissionais ficaram confusos, pois a pergunta já trazia em si a afirmação de que tinham algum tipo de sofrimento. A segunda é que dava margem para perguntarem se tal sofrimento era seu ou do paciente. Desta forma, muitos deles respondiam *não* por considerarem não ter sofrimento, outros deixavam de responder pela mesma razão. Diante disso, criamos a classificação *ignorada* para enquadrar as respostas deixadas em branco e a classificação *não se aplica* quando afirmavam que não iriam responder por não terem sofrimento.

Mas, entre os que admitiram ter sofrimento, 45,2% (Tabela 5.18), responderam não receber nenhum tipo de suporte para lidar com o sofrimento. Ilustremos com a fala de um dos médicos:

*“A instituição não pergunta como a pessoa está, como se sente. Houve até ginástica laboral, mas gostaria que fizessem algo para melhorar o desenvolvimento das atividades e a educação dos funcionários”.*

## **5.5. Resultados e Discussões das Perguntas Abertas**

Durante as pesquisas, cinco perguntas foram acrescentadas além do SRQ-20. Estas podiam ser respondidas livremente pelos entrevistados, sem direcioná-los a nem um tipo de resposta específica, de forma que pudéssemos conhecer o que se passa em termos de sentimentos em cada profissional pesquisado diante de situações propostas como também avaliar a percepção dos entrevistados sobre alguns aspectos organizacionais, pois, segundo Minayo (1994), em termos genéricos é entendida como um diálogo que pressupõe definição de propósitos e podemos ter dados objetivos e subjetivos.

*“A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (...)” (Neto, 1994: 57).*

Desta forma, poderíamos obter dados também de natureza qualitativa. As perguntas realizadas foram: Qual o seu sentimento em relação às pessoas atendidas? Qual o seu sentimento em relação ao trabalho que realiza? Qual o seu sentimento em relação aos que trabalham no mesmo setor? Quais suas maiores dificuldades no trabalho? O que lhe dá mais prazer ou satisfação no trabalho?

### 5.5.1. Categorias de Análise

Obtivemos uma variedade de respostas (Tabela 5.19) nas quais precisávamos dar uma organização sistemática (Anexo III). Assim, estas respostas foram catalogadas em subgrupos e estes em grupos maiores, dentro de categorias diversas. Denominamos os sentimentos expressos de acordo com seu conteúdo significativo. Nas perguntas de 1 a 3, foram definidas as seguintes categorias de análise:

**Sentimento Indefinido:** Utilizamos este termo para representar as respostas que traziam a conotação de ambigüidade ou de pouca clareza, também foram incluídas as deixadas em branco, por interpretarmos que os que assim agiam era em virtude de sua indefinição de palavras.

**Sentimento Negativo:** Caracterizado por aquelas respostas que traziam sentimentos com conotação de negatividade

**Sentimento Positivo:** Caracterizado por aquelas respostas que traziam palavras ou expressões cujas conotações estavam imbuídas de sentimentos considerados socialmente como “nobres”.

### 5.5.2. Perguntas

TABELA 5.19

PERGUNTAS ABERTAS DE 1 A 3 SEGUNDO CATEGORIA DE ANÁLISE

Pergunta:	Resposta com sentimento						Total
	Indefinido		Negativo		Positivo		
1. Qual o seu sentimento em relação às pessoas atendidas?	4	5%	33	42%	41	53%	78
2. Qual o seu sentimento em relação ao trabalho que realiza?	2	3%	21	36%	36	61%	59
3. Qual o seu sentimento em relação aos que trabalham no mesmo setor?	0	0%	12	16%	62	84%	74

A primeira pergunta formulada foi:

#### Qual o seu sentimento em relação às pessoas atendidas?

**Sentimento Indefinido:** Respostas de entrevistados que, na falta de uma palavra congruente, consideraram seu sentimento como “indefinido”, e também as respostas que foram deixadas em branco. Estes sentimentos indefinidos foram representados por um percentual de apenas 5% (Tabela 5.19).

**Sentimento Negativo:** Nesta categoria incluímos os sentimentos de angústia, antipatia, ansiedade, compadecimento, compaixão, desprazer, desprezo, frieza, frustração, impotência, negação do sentimento, negação do sofrimento, obrigação, opressão, perda, preocupação, raiva e tristeza, que representaram 42,3% (Tabela 5.19), que apesar de não ter sido o maior percentual, teve um valor significativo.

**Sentimento Positivo:** Nesta categoria incluímos os sentimentos de ajuda, alegria, amenização de sofrimento, amor, apoio, carinho, compreensão, comprometimento, conforto (seria conforto material? Melhor especificar, como o

*espiritual*), conforto espiritual, cooperação, empatia, entendimento, fraternidade, honestidade, identificação, incentivo, integração à sociedade, otimismo, privilégio, respeito, responsabilidade, revolta com o mau atendimento e solidariedade. Essa classificação foi a expressa pela maioria dos entrevistados, equivalendo a 52,6% (Tabela 5.19), o que consideramos um percentual significativo, indicando que a maioria dos entrevistados vivencia sentimentos prazerosos em relação aos pacientes.

A segunda pergunta aberta realizada foi:

### **Qual o seu sentimento em relação ao trabalho que realiza?**

**Sentimento indefinido:** Representado apenas por 3,4% (Tabela 5.19).

**Sentimento Negativo:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: angústia, apreensão, árduo, cansaço, desânimo, desmotivação, estresse, frustração, impotência, incompletude, indiferença, insatisfação, penosidade e revolta. Representou 35,6% das respostas (Tabela 5.19).

**Sentimento Positivo:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: alegria, amor, aprendizagem, aprimoramento, bem-estar, contribuição, cooperação, dedicação, devoção, felicidade, gostar, gratificação, paciência, prazer, realização, reflexão com a vida (ou reflexão sobre a vida?), satisfação, tolerância e utilidade. Nesta pergunta foi o sentimento expressado pela maioria, 61% (Tabela 5.19), percentual relativamente alto, o que significa que a maioria dos entrevistados nutre sentimentos positivos no que diz respeito à função que exerce, independente das dificuldades apresentadas no dia-a-dia do hospital.

A terceira pergunta aberta realizada foi:

### **Qual o seu sentimento em relação aos que trabalham no mesmo setor?**

**Sentimento Negativo:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: desconfiança, desrespeito, desumanidade, estresse,



incompetência, indiferença, má relação, medo, preocupação, revolta e “Sem comentários”. O que representou 16,2 % (Tabela 5.19).

**Sentimento Positivo:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: amizade, amor, atenção, bom relacionamento, carinho, colaboração, coleguismo, compaixão, companheirismo, cooperação, cordialidade, empatia, fraternidade, harmonia, humildade, igualdade, profissionalismo, respeito, responsabilidade, saudade, simpatia e solidariedade, e agradabilidade. Foi a categoria expressada pela maioria, 83,8% (Tabela 5.19), revelando existir entre os que trabalham no mesmo setor uma relação pautada nos princípios humanísticos.

**TABELA 5.20**

**QUARTA PERGUNTA ABERTA SEGUNDO CATEGORIA DE ANÁLISE**

<b>Categorias de Análise</b>	<b>Quantidade de Resposta</b>	
Falta de desenvolvimento humano	10	11%
Gestão de Recursos Humanos Deficientes	34	38%
Infra-estrutura deficiente	46	51%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

A quarta pergunta aberta realizada foi:

**Quais suas maiores dificuldades no trabalho?**

Neste item, as respostas foram agrupadas em três grupos, os quais foram subdivididos em dois, a saber:

**Falta de desenvolvimento humano:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: falta de treinamento e dificuldade de relacionamento interpessoal. Esta última dificuldade citada foi subdividida em: desumanização, dificuldade de relacionamento médico *versus* paciente, distanciamento do paciente, maior integração entre setores. Representou o equivalente a 11% (Tabela 5.20).

**Gestão de Recursos Humanos Deficientes:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: falta de pessoal e sobrecarga (ocasionadas por alta demanda para capacidade existente; ausência de profissionais em seus plantões; falta de enfermeiros e auxiliares; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social à noite, e equipe multidisciplinar); desorganização; burocracia; divisão do trabalho deficiente; falta de estrutura; salários defasados; desmotivação (evidenciada por descaso de profissionais, desinteresse de médicos e do pessoal, desvalorização dos profissionais, plantonistas cooperativados sem compromisso, além da falta de boa vontade e envolvimento com o trabalho em si). Estas foram as repostas obtidas por 38% (Tabela 5.20) dos entrevistados.

**Infra-estrutura Deficiente:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: espaço físico inadequado, deficiência tecnológica, equipamentos e materiais inadequado, falta de recursos técnicos, materiais, medicamentos, equipamentos, e leitos. Estas foram as dificuldades mais apontadas nesta pergunta pela maioria dos entrevistados, o que equivalem a 51% (Tabela 5.20). Chamamos atenção para esses fatores apontados em virtude de serem, a nosso ver, itens de necessidade primária, que na sua falta provavelmente comprometerão as ações essenciais do hospital enquanto instituição prestadora de cuidados, o que certamente leva os profissionais a sentirem-se impotentes diante desse quadro, pois são atingidos em suas ações técnicas.

Estes dois últimos itens (Gestão de Recursos Humanos Deficientes e Infra-estrutura Deficiente) demonstram a insatisfação dos funcionários entrevistados em meio a uma falta de estrutura na instituição. Perguntamo-nos: Estes pontos estariam contribuindo significativamente para a desmotivação, sobrecarga de trabalho e estresse dos funcionários, favorecendo, desta forma, o sofrimento psíquico?

**TABELA 5.21**

**QUINTA PERGUNTA ABERTA SEGUNDO CATEGORIA DE ANÁLISE**

<b>Categorias de Análise</b>	<b>Quantidade de Resposta</b>	
Altruísmo	23	43%
Bom relacionamento	10	18%
Profissionalismo	18	33%
Sem satisfação	3	6%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

A quinta pergunta aberta realizada foi:

**O que lhe dá mais prazer ou satisfação no trabalho?**

As respostas foram agrupadas em quatro grupos que expressavam sentimentos de:

**Altruísmo:** Obtidos da ajuda, cura, recuperação ou melhora ao paciente; conforto ao paciente e familiares; melhora do paciente sem a medicina; salvar vidas; ser útil ao paciente; ver o paciente sair do coma, que representaram 43% (Tabela 5.21), o que indica que a maioria procura o bem-estar do paciente.

**Bom relacionamento:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: bom relacionamento com a equipe e estudantes, contato com estudantes e outros profissionais, funcionários motivados, e harmonia com a equipe foram as repostas dadas por 18% (Tabela 5.21) dos entrevistados.

**Profissionalismo:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: satisfação ao lidar com o paciente e com o trabalho; ao realizar cirurgias, sendo útil, com o sucesso na urgência e no tratamento do paciente,

na transmissão de conhecimento para internos e residentes, na troca de conhecimentos com aluno e no aprendizado, foram indicados por 33% (Tabela 5.21).

**Sem satisfação:** Esta categoria ficou caracterizada nas respostas dos entrevistados nos seguintes itens: falta de prazer diante do trabalho que executavam, tais como: “Nada me dá prazer”, e “somente o dia de folga”. Foram incluídas aqui também as respostas que expressavam um sentimento indefinido. A minoria obteve esse tipo de resposta: 6% (Tabela 5.20), o que demonstra que a maioria encontra alguma satisfação em suas atividades laborais no hospital (É a resposta mais alegre, dá uma ponta de esperança).

Podemos observar que a maioria das respostas está incluída em categorias consideradas positivas, que motivam ou trazem uma carga de altruísmo com o próprio trabalho.

Estas respostas vieram enriquecer e enfatizar a situação atual desses profissionais que trabalham naquele hospital, bem como enfatizar a maioria das respostas encontradas através da aplicação do SRQ-20 e de nossas observações.

## CAPITULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir pensamentos para que a partir disso possam ser transformados em um produto que traga um elo de “fechamento” ou de justificativa para chegar-se a um lugar em que as idéias possam receber características de “ajustar-se definitivamente” é em pesquisa um ato vazio. Mas, precisamos de alguma maneira fazer um arranjo para que se construa uma configuração que dê espaço a perceber este estudo não apenas parcialmente, mas integrado com seus elementos que, combinados, poderão levar o leitor a ter uma visão do que esboçamos e trabalhamos, e do que precisaremos avançar futuramente, incitando a reflexão em seus vários aspectos e seu processo dinâmico como o é a saúde.

Tivemos oportunidade de dialogar com vários autores sobre assuntos diversos a partir do tema central da pesquisa que é o sofrimento psíquico. E assim, a partir das diversas abordagens sobre o trabalhador e seu padecimento psíquico, podemos dizer que não existe um fator causal único que faça com que médicos e enfermeiros venham a sofrer.

Conhecer o sofrimento psíquico enquanto entidade diferenciada e não atribuindo uma etiologia específica faz alargar nossa visão sobre a saúde, ao que Canguilhem nos lembra:

*A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; neste sentido é um pleonasma falar em perfeita saúde. (...) Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas conseqüências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (Canguilhem, 1995: 145).*

Partimos para estudar este sofrimento psíquico nos profissionais de enfermagem e medicina que trabalham no CTI e PSU, em um hospital público federal (*o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII.* (Foucault, 1998: 18)), e o hospital escolhido partilha dificuldades das mais

diversas ordens e conserva peculiaridades da maioria dos hospitais públicos do Brasil, tais como falta de verbas, de material de primeiras necessidades, número insuficiente de profissionais especializados, infra-estrutura inadequada, entre outros.

E, quanto ao CTI, espaço às vezes de segredo, “lugar de luta pela vida, campo de tensão, ilustrado, por exemplo, pela imagem do ‘cabo-de-guerra’, jogo de corda estirada em que vence o mais forte: de um lado, intervenções médicas, drogas, tecnologia; do outro: a doença e a morte” (Romano, 1994: 155), foi-nos revelado que nesse espaço de tensão constante nem sempre existe apenas o “sentimento de vida contrariada”, pois foi encontrado um menor percentual de sofrimento psíquico em relação ao pronto-socorro, em virtude de favorecer um certo “controle da situação” dos que lá trabalham, ajudados pela tecnologia e pessoal especializado. Ao passo que no pronto-socorro, com sua imprevisibilidade característica e carência de infra-estrutura, o imprevisto também passa a fazer parte das condutas terapêuticas, fazendo a medicina dentro das limitações, levando os profissionais que lá trabalham se sentirem desvalorizados, desmotivados e impotentes, contribuindo assim para o aumento do percentual de profissionais que vivenciam o sofrimento.

Isto nos remete a repensar sobre as vertentes que conduzem os estudos da saúde mental no trabalho e no que se refere ao sofrimento psíquico.

Dentro desta linha de conhecimento, há os que defendem que a natureza do trabalho seria a causa do sofrimento psíquico (Santos & Carvalho, 1999), enquanto que outros (Palácios, 1993; Pitta, 1994) defendem que os fatores ligados à organização do trabalho, tais como divisão de tarefas, falta de material, pressões de todo lado (sem mecanismos adequados para satisfazer a contento), as exigências, e a impotência gerada perante a isso tudo, são os elementos potencializadores de sofrimento.

Nós acreditamos que nem uma situação nem outra, atuando isoladamente, concorra para que seja instaurado o sofrimento entre os trabalhadores, mas sim estes fatores de natureza diferentes, atuando conjuntamente, possam resultar no que é considerado sofrimento psíquico.

Neste estudo, pudemos verificar que este sofrimento na organização hospitalar afeta principalmente os profissionais mais novos (residentes, em sua maioria) como também aqueles que têm menos tempo de serviço. Mostrando-nos que os mais jovens e menos experientes em suas atividades laborais sofrem por ainda não ter encontrado mecanismos adequados perante a dor, o sofrimento, plantões corridos, noites maldormidas e ambiente pouco acolhedor, como é o dia-a-dia destas instituições de saúde.

Muito ainda se há de estudar e contribuir com o bem-estar de trabalhadores de uma forma geral e os da área de saúde especificamente. Acreditamos que nosso estudo possa ter trazido contribuições no sentido de ser agente facilitador de reflexões acerca das respostas adaptativas pessoais e coletivas, principalmente em se tratando de profissionais que dedicam suas vidas ao cuidado com o outro. *“Só o cuidado de um para com o outro humaniza verdadeiramente a existência. E o cuidado é o modo próprio do ser humano”*. (Boff, 1999).

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABREU, K. L.; STOLL, I.; RAMOS, L. S.; GARDT, R. A. B. & KRISTENSEN, C. H., 2002. O estresse ocupacional e a síndrome do Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e profissão*, Brasília, 2: 22-29.

ARAÚJO, T. M.;OUTROS AUT, 2003. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 37:4.

BELANCIERI, M. F., 2002. Determinantes de estresse, níveis de ocorrência e repercussões psicossomáticas auto-atribuídas em trabalhadores da enfermagem em um hospital universitário. 10 de novembro de 2002 <http://www.psicologiahospitalarmfb.hpg.ig.com.br>.

BOFF, L.1999. *Saber Cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

BORCHARDT, J. 1982. *O Capital*. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos

CANGUILHEM, G., 1995. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

COSTA, C., 2001. *Sociologia*. São Paulo: Editora Moderna.

DEJOURS, C., 1992 . *A Loucura do Trabalho: Estudos de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Editora Cortez-Oboré.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C., 1994. *A Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas.



DEJOURS, C. 2001. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

FILGUEIRA, J. C. & HIPPERT, M. I., 2002. Estresse: Possibilidades e Limites. In: *Sofrimento Mental & Trabalho: leituras* (M. G. Jacques & W. Codo, orgs.), pp. 112-129. Petrópolis: Vozes.

FOUCAULT, M., 1998. *Da Arqueologia do Saber à Estética da Existência*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

FOUCAULT, M., 2001. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.

FREUD, A., 1978. *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.

JACQUES, M. G., 2002. *Doença dos Nervos: Uma Expressão da Relação entre Saúde/Doença Mental*. In: *Sofrimento Mental & Trabalho: leituras* (M. G. Jacques & W. Codo, orgs.), pp. 98-110. Petrópolis: Vozes.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M. & CONSOLI, S., 2000. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Editora Medsi.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS., 2001. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

MAIA, S. C., 1999. *Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva: Proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho*. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

MACHADO, M. H. e colaboradores, 1996. *Perfil dos Médicos no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / CFM-MS / PNUD.

MARX, K., 1982. *O Capital*. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos S.A.

MERLO, A.R.C., 2002. Psicodinâmica do Trabalho Saúde Mental e Trabalho. In: *Sofrimento Mental e Trabalho: leituras* (M. G. Jacques & W. Codo, orgs.), pp 130-142, Petrópolis: Editora Vozes.

MINAYO, M. C. S., 1994. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade*.(M. C. S. Minayo, org .), pp. 9-27. Petrópolis: Editora Vozes.

NETO, O. C., 1994. O Trabalho de Campo Como Descoberta e Criação. In: *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade*.(M. C. S. Minayo, org .), pp. 51-66. Petrópolis: Editora Vozes.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A., 2002. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: *. Prática psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*, pp.130-14, São Paulo: Editora Artmed.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A., 1994. *Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. Dissertação de Doutorado. São Paulo: Escola Paulista de Medicina.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A., 1996. *Saúde mental do médico e do estudante de medicina*. Boletim Psiquiátrico, São Paulo, 29 (1): 07-09.

OLIVEIRA, P. T. R., 1997. *O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

OLIVEIRA, E.C.N, 2002 - *O Psicólogo na UTI: Reflexões sobre a Saúde, Vida e Morte Nossa de Cada Dia – Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 1 (2) : 30-39 .

PALÁCIOS, M., 1993. *Trabalho Hospitalar e Saúde Mental : O Caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado.

Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PALÁCIOS, M., 2001. Trabalho e Saúde Mental: Revisão do campo disciplinar. Mimeo. Texto de apoio, Rio de Janeiro, UFRJ.

PALACIOS, M., JARDIM S., RAMOS, A. & SILVA FILHO, J. F., 2001. Validação do SELF REPORT QUESTIONNAIRE-20 (SRQ-20). In: *A Danação do Trabalho: Organização do Trabalho e Sofrimento psíquico* (J. F. Silva FILHO & S. Jardim, org. ), Pp. 235-241, Rio de Janeiro: Editora Tecorá.

PITTA, A., 1994. *Hospital Dor e Morte Como Ofício*. São Paulo: Editora Hucitec.

RODRÍGUEZ, A. L. & GASPARINI, A. C. L. F., 1992. Uma Perspectiva Psicossocial em Psicossomática: Via estresse e Trabalho. In: *Psicossomática Hoje* ( J.M.Filho, org.), pp.93-107. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

RODRIGUES, M. V. C., 1994. *Qualidade de Vida no Trabalho: Evolução e Análise no Nível Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

ROMANO, B. W., 1994. *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda.

ROMANO, B. W., 1999. *Principis para Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SANTOS, M. S. & TREVIZAN, M. A. 2002. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. *Nursing Revista Técnica de Enfermagem*, São Paulo, 52:23-28.

SANTOS, E. M. & CARVALHO, A. M. T., 1999. Crônicas da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV / Aids e trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 7: 147 –169.

SAVOIA, M. G., 2000. Instrumentos para Avaliação de Eventos Vitais e de Estratégias de Enfrentamento (coping) em Situação de Estresse. In: *Escala de*

*Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. (C. Gorenstein, org.), pp. 337 – 386. São Paulo: Lemos – Editorial.

SEBASTIANI, R. W., 1998. A Equipe de Saúde Frente As Situações de Emergência no Hospital Geral: Aspectos Psicológicos. In: *Urgências Psicológicas no Hospital* ( V. A. Angerami-Camon, org.), pp. 31-39. São Paulo: Editora Pioneira.

SELIGMANN-SILVA, E., 1996. *Organização do Trabalho e Saúde Mental dos Trabalhadores*. Manaus: Fundação Getúlio Vargas.

SELIGMANN-SILVA, E., 1994. *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro: Editora Cortez.

SILVA, F. P. P. , 2000. Burnout: Um desafio à Saúde do Trabalhador, 1.2: 1-24. Janeiro de 2002 <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>

SILVA, C. O. 1994. Curar adoecendo: Um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. Tese de mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ.

SILVA, C. O., 1998. Trabalho e subjetividade no hospital. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 18: 26 –33.

SILVA FILHO, J. F. & JARDIM, S., 2001. *A Danação do Trabalho: Organização do Trabalho e Sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Tecorá.

VASQUES-MENEZES, I., 2002. Saúde Mental e Trabalho: Aplicações na Prática Clínica. In: *Sofrimento Mental & Trabalho: leituras* (M. G. Jacques & W. Codo, orgs.), pp. 193-208. Petrópolis: Vozes.

VAZ-CERRA, A., 1999. *O Estresse na Vida de Todos os Dias*. Portugal: Gráfica de Coimbra.

SMAIRA, S. I.; KERR-CORRÊA, F. & CONTEL, J. O., 2003. Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo de caso-controle. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 25: 18-25.

WHO-World Health Organization. Division of Mental Health.,1994. A user's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SQR) . Switzerland: WHO.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### **Estrutura Organizacional do Hospital**

**1. Conselho Técnico Administrativo**

**2. Diretoria:**

- Secretaria.

**3. Vice-Diretoria**

**4. Assessorias**

**5. Comissões:**

- Controle de Infecção Hospitalar;
- Ética;
- Revisão de Prontuários;
- Especial de Licitação;
- Revisão de Documentação Médica e Estatística;
- Farmácia e Terapêutica;
- Análise de Óbitos e de Biópsias;
- Suporte Nutricional – Enteral e Parental;
- Apropriação de Custos.

**6. Coordenação de Administração:**

- Divisão de Finanças e Recursos Humanos:
- Serviços de Contas Hospitalares;

- Serviços de Finanças e Custos;
- Serviços de Recursos Humanos.
- Divisão de Material e Patrimônio:
  - Serviços de Patrimônio;
  - Serviços de Compras;
  - Serviços de Almoxarifado.
- Divisão de Manutenção:
  - Serviços de Manutenção de Equipamentos;
  - Serviços de Manutenção de Obras.
- Divisão de Serviços Gerais:
  - Serviços de Conservação e Limpeza;
  - Serviços de Transporte;
  - Serviços de Lavanderia e Rouparia;
  - Serviços de Reprografia.

## **7. Coordenação Técnica**

- Divisão de Apoio Hospitalar:
  - Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas – SAME;
  - Serviço de Informática;
  - Serviço de Recepção, Portaria e Telefonia;
  - Serviço de Nutrição e Dietética.
- Divisão de Atendimento Social:



- Serviço Social Ambulatorial;
- Serviço Social Hospitalar.
- Divisão de Diagnóstico e Terapêutica:
  - Serviço de Farmácia.
- Serviço de Análises Clínicas:
  - Serviço de Imagenologia;
  - Serviço de Diagnósticos Gráficos;
  - Serviço de Endoscopia;
  - Serviço de Anatomia Patológica.

## **8. Coordenação de Clínicas**

- Divisão de Medicina Interna:
  - Serviço Médico do Centro de Treinamento Intensivo;
  - Serviço de Nefrologia;
  - Serviço de Pneumologia;
  - Serviço de Cardiologia;
  - Serviço de Reumatologia;
  - Serviço de Endocrinologia;
  - Serviço de Gastroenterologia;
  - Serviço de Pediatria.
- a) Seção de Neonatologia;
- b) Seção de Pneumologia;

- c) Seção de Gastroenterologia;
- d) Seção de Cardiologia;
- e) Seção de Nefrologia.

**9. Divisão de Cirurgia:**

- - Serviço de Anestesiologia;
- Serviço de Cirurgia Torácica;
- Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- Serviço de Cirurgia Cardiovascular;
- Serviço de Cirurgia Urológica;
- Serviço de Cirurgia Coloproctológica;
- Serviço de Cirurgia Gastroenterológica;
- Serviço de Cirurgia Reparadora;
- Serviço de Cirurgia Ortopédica;
- Serviço de Neurocirurgia;
- Serviço de Oftalmologia;
- Serviço de Cirurgia Pediátrica;
- Serviço de Otorrinolaringologia;
- Serviço de Toco-Ginecologia.
- Divisão de Ambulatório:
  - Serviço de Cirurgia Ambulatorial;
  - Serviço de Programas Especiais;

- Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.
- Divisão de Emergência:
- Serviço de Cirurgia de Urgência;
- Serviço de Clínica Médica de Urgência.

#### **10. Coordenação de Enfermagem**

- Divisão de Enfermagem de Medicina Interna:
- Serviço de Enfermagem de Clínica Cirúrgica Médica;
- Serviço de Enfermagem de Clínica Pediátrica;
- Serviço de Enfermagem de CTI;
- Serviço de Enfermagem Ambulatorial.
- Divisão de Enfermagem de Cirurgia:
- Serviço de Enfermagem de Clínica Cirúrgica Masculina;
- Serviço de Enfermagem de Clínica Cirúrgica Feminina;
- Serviço de Enfermagem de Centro Cirúrgico;
- Serviço de Enfermagem de Emergências;
- Serviço de Enfermagem do Centro de Material.

#### **11. Coordenação de Ensino e Pesquisa:**

- Divisão de Residências Médicas;
- Divisão de Cursos de Educação Continuada;
- Divisão de Apoio à Pesquisa Clínica e Social.

No Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas – SAME, as atividades concentram-se em três dimensões: internação, estatística e cobrança de prontuário. Detalharemos como as internações se processam:

O processo de internação ocorre para pacientes atendidos no ambulatório e aos atendidos no pronto-socorro. As cirurgias são autorizadas pelo Pronto Atendimento da Codajás (PAM). Porém, para as cirurgias neurológicas e ortopédicas não há necessidade de autorização, posto que este hospital é referência em traumas ortopédicos e neurocirúrgicos.

Vias pelas quais os pacientes adentram a instituição hospitalar:

Internação Eletiva – Via ambulatório → São encaminhados por especialistas, podendo ser do: SPA, Postos de Saúde, outros hospitais ou TFD (Tratamento Fora de Domicílio).

Urgência – Pronto-Socorro (PS) → São encaminhados para avaliação neurocirúrgica ou ortopédica de maior gravidade. Podendo ainda ser por encaminhamento, derivando também dos mesmos locais acima descritos na internação eletiva.

As estatísticas monitoram os exames laboratoriais, anatomia patológica, raios X, ultra-sonografia, eletroencefalograma e eletrocardiograma.

## **ANEXO II**

## SRQ-20

Hospital \_\_\_\_\_

Setor de Psicologia

FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública

NÚMERO \_\_\_\_\_

### Pesquisa sobre Sofrimento Psíquico no Hospital

1 – CLÍNICA \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_

#### 2 – DADOS PESSOAIS:

2.1 – Sexo: masc • fem •

1 •

2.2 – Estado civil: solteiro • separado •  
casado (ou amasiado) • viúvo •

2 •

2.3 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

3 •

2.4 – Grau de escolaridade : 1ª grau comp • incomp •  
2ª grau comp • incomp •

4 •

Superior comp • curso: \_\_\_\_\_

4A •

incomp • curso: \_\_\_\_\_

#### 3. TRABALHO:

3.1 – Setor onde trabalha: \_\_\_\_\_

5 •

3.2 – Função: \_\_\_\_\_

6 •

3.3 – Horário de trabalho: de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas. Se for plantão?

7 •

3.4 – Tempo de serviço no hospital: \_\_\_\_\_ meses/anos

8 •

3.5 – Tempo de serviço na função atual: \_\_\_\_\_ meses/anos

9 •

3.6 – Tempo de serviço na clínica atual: \_\_\_\_\_ meses/anos

10 •

3.7 – Tempo de serviço em setores e funções anteriores:

(em ordem cronológica, desde a posse até o último setor/ função de forma que a soma dos tempos – anteriores+atual – seja igual ao tempo total de serviço no hospital. Por exemplo: CTI / Enfermeira / 5 anos, Ortopedia / Médico / 2 anos)

Setor	função	Tempo	
11	12	13	11 • 12 • 13 •
14	15	16	14 • 15 • 16 •
17	18	19	17 • 18 • 19 •
20	21	22	20 • 21 • 22 •
23	24	25	23 • 24 • 25 •

3.8. Trabalha em algum lugar fora do hospital SIM • NÃO •

26 •

Se sim, quantas horas semanais? \_\_\_\_\_

4. SAÚDE	
4.1 – Nos últimos seis meses você teve algum problema de saúde que o tenha feito procurar consulta com um médico? SIM • NÃO •	27 •
Qual? _____	
4.2 – Tem dores de cabeça freqüentes? SIM • NÃO •	28 •
4.3 – Tem falta de apetite? SIM • NÃO •	29 •
4.4 – Dorme mal? SIM • NÃO •	30 •
4.5 – Assusta-se com facilidade? SIM • NÃO •	31 •
4.6 – Tem tremores na mão? SIM • NÃO •	32 •
4.7 – Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)? SIM • NÃO •	33 •
4.8 – Tem má digestão? SIM • NÃO •	34 •
4.9 – Tem dificuldade de pensar com clareza? SIM • NÃO •	35 •
4.10 – Tem se sentido triste ultimamente? SIM • NÃO •	36 •
4.11 – Tem chorado mais que de costume? SIM • NÃO •	37 •
4.12 – Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? SIM • NÃO •	38 •
4.13 – Tem dificuldades para tomar decisões? SIM • NÃO •	39 •
4.14 – Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)? SIM • NÃO •	40 •
4.15 – É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? SIM • NÃO •	41 •
4.16 – Tem perdido o interesse pelas coisas? SIM • NÃO •	42 •
4.17 – Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? SIM • NÃO •	43 •
4.18 – Tem tido a idéia de acabar com a vida? SIM • NÃO •	44 •
4.19 – Sente-se cansado o tempo todo? SIM • NÃO •	45 •
4.20 – Tem sensações desagradáveis no estômago? SIM • NÃO •	46 •
4.21 – Você se cansa com facilidade? SIM • NÃO •	47 •
4.22 – Você já fez tratamento psicológico? SIM • NÃO •	48 •
4.23 – Você faz uso de tranqüilizantes? SIM • NÃO •	49 •
4.24 – Tem tido atividade de lazer ultimamente? SIM • NÃO •	50 •
4.25 – Atividades profissionais interferem na vida familiar? SIM • NÃO •	51 •
4.26 – O clima do trabalho é harmonioso entre colegas? SIM • NÃO •	52 •
4.27 – Sente-se livre para fazer mudanças no seu trabalho? SIM • NÃO •	53 •
4.28 – Recebe suporte no trabalho para administrar seu sofrimento? SIM • NÃO •	54 •

**A seguir, responda de forma breve e inteiramente livre a cada uma das perguntas relacionadas abaixo.**

Como o Sr.(a) descreveria seus sentimentos em relação às pessoas que são atendidas no seu setor?

---

---

---

Como o Sr.(a) descreveria seus sentimentos em relação ao trabalho que o Sr.(a) realiza neste setor?

---

---

---

Como o Sr.(a) descreveria seus sentimentos em relação àqueles que trabalham no mesmo setor sejam da mesma categoria profissional ou não?

---

---

---

Quais as dificuldades do trabalho aqui no setor que o Sr.(a) apontaria como as mais importantes?

---

---

---

O que mais lhe dá prazer, satisfação, no trabalho no setor?

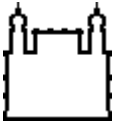
---

---

---

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.





FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: UM ESTUDO SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO RELACIONADO AO TRABALHO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO PRONTO-SOCORRO E CTI EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Esta pesquisa tem como propósito à elaboração de minha Dissertação de Mestrado em Saúde Pública assim como colaborar para ampliação de dados para futuras pesquisas nesta área.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa na condição de entrevistado, onde deverá responder a dois questionários (1, com 24 questões para assinalar SIM ou NÃO e outro, com 5 perguntas com respostas abertas). Você foi selecionado por fazer parte do grupo de profissionais (CTI/PSU) a que o estudo se propõe a pesquisar.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão divulgados na referida Dissertação e em artigos, seminários e congressos de forma a não possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou em qualquer momento.

---

Hildes do A. Delduque Farina  
CRP 01/5130

Endereço: Rua F, n.º 196 – Residencial Arvoredo – Bl. 2, apt.º 603 – Parque Dez – Manaus-AM

Telefones: 648 0105 (res) / 9984 8474 (cel)

E-mail: delhil@uol.com.br

### **Orientadores:**

- Sérgio Rego
- Marisa Palácios

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Sujeito da pesquisa

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2003.

**ANEXO III**

<b>1 – Sentimentos relativos às pessoas atendidas</b>				
<b>Indefinido</b>	<b>4</b>	<b>5,1%</b>	Indefinido	3
			Não informou	1
<b>Sentimento negativo</b>	<b>33</b>	<b>42,3%</b>	Angústia	2
			Ansiedade	1
			Antipatia	1
			Compadecimento	6
			Compaixão	2
			Desprazer	1
			Desprezo	1
			Frieza	2
			Frustração	1
			Impotência	4
			Nega sentimento	2
			Nega sofrimento	1
			Obrigação	1
			Opressão	1
			Perda	1
			Preocupação	3
			Raiva	1
Tristeza	2			
<b>Sentimento positivo</b>	<b>41</b>	<b>52,6%</b>	Afeto	1
			Ajuda	1
			Alegria	1
			Amenizar sofrimento	2
			Amor	2
			Apoio	4
			Carinho	3
			Compreensão	1
			Comprometimento	1
			Conforto	1
			Conforto Espiritual	2
			Cooperação	1
			Empatia	1
			Entendimento	1
			Fraternidade	1
			Honestidade	1
			Identificação	1
			Incentivo	1
			Integração à sociedade	1
			Otimismo	1
Privilégio	1			
Respeito	3			
Responsabilidade	1			
Revolta com mau atendimento	1			
Solidariedade	7			
<b>Total:</b>			<b>78</b>	

<b>2 – Sentimentos relativos ao trabalho que realiza</b>				
<b>Indefinido</b>	<b>2</b>	<b>3,4%</b>	Indefinido	2
<b>Sentimento negativo</b>	<b>21</b>	<b>35,6%</b>	Angústia	1
			Apreensão	1
			Árduo	1
			Cansaço	1
			Desânimo	1
			Desmotivação	1
			Estresse	3
			Frustração	4
			Impotência	1
			Incompletude	2
			Indiferença	1
			Insatisfação	2
			Penoso	1
			Revolta	1
<b>Sentimento positivo</b>	<b>36</b>	<b>61,0%</b>	Alegria	1
			Amor	4
			Aprendizagem	1
			Aprimoramento	1
			Bem-estar	1
			Contribuição	3
			Cooperação	1
			Dedicação	1
			Devoção	1
			Felicidade	1
			Gostar	2
			Gratificação	3
			Paciência	1
			Prazer	4
			Realização	2
			Reflexão com a vida	1
			Satisfação	5
Tolerância	1			
Utilidade	2			
			<b>Total:</b>	<b>59</b>

<b>3 – Sentimentos relativos aos que trabalham no mesmo setor</b>				
<b>Sentimento negativo</b>	<b>12</b>	<b>16,2%</b>	Desconfiança	2
			Desrespeito	1
			Desumanidade	1
			Estresse	1
			Incompetência	1
			Indiferença	1
			Má relação	1
			Medo	1
			Preocupação	1
			Revolta	1
			Sem Comentários	1
			<b>Sentimento positivo</b>	<b>62</b>
Admiração	2			
Afeto	1			
Agradável	1			
Amizade	5			
Amor	2			
Atenção	1			
Bom relacionamento	3			
Carinho	1			
Colaboração	4			
Coleguismo	6			
Compaixão	1			
Companheirismo	2			
Companheirismo	4			
Cooperação	3			
Cordialidade	1			
Empatia	1			
Fraternidade	1			
Harmonia	2			
Humildade	1			
Igualdade	1			
Profissionalismo	2			
Respeito	9			
Responsabilidade	2			
Saudade	1			
Simpatia	1			
Solidariedade	3			

**Total: 74**

<b>4 – Maiores dificuldades no Trabalho</b>			
<b>R.H. Desenvolvimento</b>	<b>11,1%</b>	<b>10</b>	
	5	Desatualização dos profissionais	1
		Falta de treinamento	2
		Falta de treinamento da enfermagem	1
		Pensamento científico	1
	5	Desumanização	2
		Dificuldade de relacionamento médico/paciente	1
		Distanciamento do paciente	1
		Maior Integração entre setores	1
<b>R.H. Gestão</b>	<b>37,8%</b>	<b>34</b>	
	20	Alta demanda para capacidade existente	1
		Ausência de profissionais em seus plantões	1
		Falta de Auxiliar de Enfermagem	1
		Falta de Equipe Multidisciplinar no CTI	1
		Falta de Equipe Multidisciplinar	1
		Falta de Fisioterapeuta	1
		Falta de Pessoal de Enfermagem	3
		Falta de profissional no CTI	1
		Falta de Psicólogo	1
		Faltam Psicólogos e Assistente Social à noite	1
		Recursos Humanos insuficientes	7
		Sobrecarga de serviço	1
Desorganização/Burocracia	5	Burocracia	1
		Desorganização	1
		Divisão do trabalho deficiente	1
		Falta de estrutura	2
Salários	1	Salários defasados	1
	8	Descaso de profissionais	1
		Desinteresse do pessoal	1
		Desinteresse médico	1
		Desmotivação	1
		Desvalorização dos profissionais	1
		Falta de boa vontade	1
		Falta de envolvimento no serviço	1
		Plantonistas cooperativados sem compromisso	1
<b>Infra-estrutura</b>	<b>51,1%</b>	<b>46</b>	
	6	Espaço físico deficiente	
	40	Deficiência tecnológica	1
		Descaso com a falta de material	1
		Dificuldade de material	1
		Equipamentos inapropriados	1
		Falta de equipamentos	3
		Falta de exames complementares	1
		Falta de leitos	2
		Falta de leitos na UTI	1
		Falta de material de consumo	17
		Falta de medicamentos	8
		Falta de recursos técnicos	1
		Material inadequado	3

**Total: 90**

<b>5 – O que dá mais prazer/satisfação no trabalho</b>				
<b>Altruísmo</b>	<b>23</b>	<b>42,6%</b>	Ajudar o paciente	9
			Conforto ao paciente e familiares	1
			Cura do paciente	1
			Melhora do paciente	4
			Melhora do paciente grave	1
			Melhora do paciente sem a medicina	1
			Recuperar paciente	2
			Salvar vidas	2
			Ser útil ao paciente	1
			Ver o paciente sair do coma	1
<b>Bom Relacionamento</b>	<b>10</b>	<b>18,5%</b>	Bom relacionamento com a equipe	3
			Bom relacionamento com estudantes	2
			Contato com estudantes	1
			Contato com outros profissionais	1
			Funcionários motivados	1
			Harmonia com a equipe	2
<b>Profissionalismo</b>	<b>18</b>	<b>33,3%</b>	Aprendizado	2
			Lidar com o paciente	1
			O trabalho	1
			O trabalho na Pediatria	1
			Realizar cirurgia	2
			Ser útil	2
			Sucesso na urgência	1
			Sucesso no tratamento do paciente	6
			Transmissão de conhecimento para internos e residentes	1
			Troca de conhecimentos com aluno	1
<b>Sem satisfação</b>	<b>3</b>	<b>5,6%</b>	"Nada"	1
			"O dia da folga"	1
			Indefinido	1

**Total:54**