

# SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO SOFRIMENTO PSÍQUICO POR PARTE DE PROFISSIONAIS EMERGENCISTAS

Meanings of the psychological suffering by emergency professionals

Hilda Coutinho de Oliveira<sup>1</sup> - Yvana Coutinho de Oliveira<sup>2</sup> - Edilma Casimiro Gomes Serafim<sup>3</sup>  
Ieda Cabral Mota<sup>4</sup> - João Jorge de Souza Neto<sup>5</sup>

## RESUMO

Esta pesquisa tratou dos sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico, quanto a sua configuração e estratégias de enfrentamento, por parte de doze profissionais que de emergência hospitalar pública localizada em Fortaleza (Ceará). Concretizou-se através do método qualitativo e da observação participante e entrevista semi-estruturada. Foram analisadas vinte e oito sessões de observação e doze entrevistas com o grupo composto por quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem. Considerou-se as expressões comportamentais e verbais dos sujeitos nas Salas de Recepção, Medicação, Parada Cardíaca ou Respiratória, Observação I e II e Extra, que possibilitaram o destaque de questões recorrentes no âmbito plural do material, quando se buscou decifrar seus significados. O estudo do sofrimento psíquico foi feito segundo categorias previamente estabelecidas. Seus conteúdos foram compreendidos com base na Psicanálise e, mais especificamente, nas idéias dejourianas referentes à psicodinâmica do trabalho. Suas descobertas, inaplicáveis a generalizações, foram inseridas nas considerações finais: o trabalho na emergência significou altruísmo e aprendizagem; houve precariedade de recursos materiais e humanos, e riscos psicofísicos no âmbito das condições de trabalho; existiram desafios, ritualização, subordinação e conflitos no campo da organização do trabalho; o sofrimento psíquico se configurou como o conflito entre a onipotência e a vulnerabilidade; as estratégias de enfrentamento abrangeram distúrbios físicos e emocionais, defesas (negação, identificação, ilusão grupal), e família, lazer e religião.

**Palavras-chave:** sofrimento psíquico, psicodinâmica, emergencistas, hospital público

## ABSTRACT:

Research about the feelings on psychological suffering, their configuration and coping strategies with twelve professionals in a hospital emergency in the city of Fortaleza (Ceará). It was used a qualitative method, participant observation and semi-structured interview. Researched group formed by four doctors, four nurses and four nursing auxiliaries. It was considered behavioral and verbal expressions of the subjects that worked in different hospital sectors. It was possible to highlight recurrent issues under pluralistic material, and to decipher their meanings. The study of mental suffering was done according to chosen categories. The contents of the described categories have been comprehended on a Psychoanalytical basis and, more specifically, on the ideas of Dejours concerning the psychodynamics of work. The findings of the present research are not suitable for generalizations. They were described in the paper's final considerations. The following results were achieved: work in emergency meant altruism and learning; it was noticed that there was precariousness of material and human resources, and psychophysical risks under the conditions of work; challenges, rituals, subordination and conflicts were present in the field of working organization; the mental suffering appeared as the conflict between the omnipotence and vulnerability by workers; the coping strategies covered physical and emotional disorders, the defenses were found to be in the field of denial, identification, illusion of an existing group, as well as of the family, leisure and religion.

**Key words:** Psychological Suffering, Psychodynamics, Emergency Workers, Public Hospital

<sup>1</sup> Doutora em Ciências Médicas pela UNICAMP. Professora Adjunta da UFC. E-mail: oliveirahilda@bol.com.br

<sup>2</sup> Mestra em Psicologia e Subjetividade pela UNIFOR. Professora Adjunta da UNIFOR.

<sup>3</sup> Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Enfermeira.

<sup>4</sup> Especialista em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas na Saúde pela UECE. Assistente Social.

<sup>5</sup> Aluno do Curso de Terapia Ocupacional da UNIFOR.

## INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS depende não somente da satisfatória gestão dos fatores técnicos e econômicos da organização mas, especialmente, do trabalho dos recursos humanos envolvidos. Estes profissionais constituem a base das ações e dos serviços sanitários, devendo por isso merecerem dos gestores atenção prioritária no que diz respeito a programas que previnem doenças e promovem a higidez. Os referidos profissionais que labutam pela saúde pública em nosso país experimentam, também, a preocupante situação política e financeira de uma nação que exacerba desigualdades, exclui e subordina grandes contingentes populacionais. A forma fragmentada de lidar com a morbidez, por parte dos serviços sanitários brasileiros, reduz a mortalidade, mas não a morbidade desses grupos, como enfatizam Singer, et. al (1988), já que são insatisfatórias suas condições existenciais concernentes à educação, saúde, trabalho, habitação e lazer.

As funções laborativas na área da saúde, por conta de todo esse contexto, podem causar, então, nos profissionais que as exercem, excessivo desgaste físico e mental que se refletiria em suas vidas, devido ao contato constante com dor e morte no âmbito hospitalar. Essa realidade ocorre, usualmente, com os trabalhadores lotados nas movimentadas emergências da rede de unidades hospitalares de referência estadual, que se deparam, diariamente, com grande demanda de pacientes, insuficiência de recursos materiais, excesso de responsabilidades, realização de procedimentos urgentes e especializados, etc. Acredita-se que esses elementos possam resultar em sofrimento psíquico, afetando a saúde psicofísica

do trabalhador, e prejudicando a eficiência e a eficácia dos profissionais e das instituições.

O problema da pesquisa foi: como se configurava o sofrimento psíquico de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuavam na emergência de um hospital público localizado em Fortaleza, no Ceará?

Buscou-se, mais especificamente:

- \* descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, compreendendo a relação existente entre estas práticas e uma tipologia de sofrimento psíquico;

- \* compreender como as condições e a organização do trabalho afetavam a saúde desses profissionais em suas dimensões física, psíquica e social;

- \* averiguar as repercussões psicofísicas causadas pelo sofrimento psíquico, quanto à qualidade do desempenho ocupacional;

- \* instaurar nexos entre as descobertas deste estudo e as idéias de DEJOURS (1992, 1994), no que concerne à psicodinâmica do trabalho;

- \* saber sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes profissionais.

Os pressupostos foram:

- \* as atividades desenvolvidas pelos sujeitos levariam a uma tipologia de sofrimento psíquico específica;

- \* as condições e a organização do trabalho na emergência do hospital afetariam a saúde dos trabalhadores que lá atuam em seus aspectos físico, psíquico e social;

\* o tipo de trabalho desenvolvido pelos já citados profissionais neles acarretaria deletérias repercussões psicofísicas, prejudicando a qualidade do desempenho ocupacional;

\* os constructos teóricos de DEJOURS (1992, 1994) referentes à psicodinâmica do trabalho poderiam subsidiar a compreensão do problema pesquisado;

\* as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos para lidar com as vicissitudes do trabalho seriam configuradas através de mecanismos defensivos diversos.

## REVISÃO DA LITERATURA

O trabalhador da saúde, em geral, se percebe como invulnerável diante dos entraves e desafios cotidianos inerentes a sua prática laboral. Narcisismo e onipotência podem denunciar sua fragilidade mal administrada, situação que é fomentada desde a academia. Esse profissional que cuida dos outros e não de si vivencia o empobrecimento de sua vida familiar e social. Modllin, citado por Sebastiani in Angerami-Camon (1998) opina que é preciso saber sobre fatores como sua qualidade de vida e vínculos, seu lazer, seu potencial criativo, sua saúde física e mental e suas motivações, levando-o a refletir sobre a forma de enriquecê-los. A humanização profissional, em termos preventivos, deveria ser estimulada, incluindo o suporte psicopedagógico ao alunado universitário e ao profissional da saúde que labuta nas instituições. As políticas de saúde, no Brasil, levam a uma sórdida e esdrúxula realidade na qual a grande maioria da população não conta com a assistência necessária. Muitos profissionais dessa área são alienados e passivos, e não tentam melhorar essa situação.

Sofrem com o desemprego ou submetem-se ao subemprego. Há uma involução ou piora dos serviços de saúde pois, apesar do campo privado, continuam problemas como a grande demanda de pacientes, a burocracia obsoleta, os ínfimos recursos humanos e materiais. A saúde pública e a dos profissionais que nela atuam tem sido prejudicada, o que remete a reflexões concernentes a tentativas de resolução, que podem abranger organizações não governamentais. Ambos o profissional e o usuário dos serviços de saúde deveriam ser sujeitos de uma história mais digna e plena.

A discussão que Angerami-Camon (1998) tece sobre a conduta do trabalhador da saúde em relação à doença e ao doente também é oportuna. O citado indivíduo revela, quando atende o usuário, caracteres de personalidade, valores e representação do mundo e do ser humano. O autor indicou algumas atitudes do profissional de saúde por conta do atendimento de urgência ou que tenha uma cronicidade: 1. calosidade profissional, que é a indiferença com o sofrimento do paciente que muitos profissionais adquirem depois de anos de trabalho na área, parecendo tornar-se insensíveis; 2. distanciamento crítico que, como indica Angerami-Camon (1998), tem a ver com a precisão do profissional de se distanciar da problemática do paciente para, segundo acredita, melhor entendê-la e assisti-la, individualizando os encontros com cada doente e sua subjetividade, mas sem envolvimento pessoal e afetivo; 3 - empatia genuína, que ocorre quando o profissional da saúde tem um envolvimento com o doente que ultrapassa os limites profissionais, postura que era comum nos “médicos de família”, hoje raros, que se conduziam como amigos de todos os membros da família, mesmo em outras situações que não se relacionassem com doenças; e 4.

profissionalismo afetivo, atitude muito comum nos hospitais, atualmente, devido à tecnologia que lhes é peculiar, e que ocorre quando o profissional da saúde trata o paciente respeitando seu sofrimento, mas sem vivenciar a empatia genuína, e com ele não se envolvendo emocionalmente.

O profissional da saúde, idealmente, deveria priorizar a empatia genuína como conduta adequada junto ao paciente.

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

Seligmann Silva (1994) ressalta que o trabalho humano pode fomentar construção, satisfação, realização, riquezas e contribuição social, mas também pode representar subordinação, exploração, sofrimento, doença e morte.

As pesquisas de Dejours (1992-1994) têm base psicanalítica. A psicodinâmica do trabalho, que é uma psicologia do sujeito, objetiva entender as estratégias utilizadas pelo trabalhador para continuar “saudável”, apesar dos tipos mórbidos de organização do trabalho. Focaliza as estratégias que protegem o trabalhador do adoecimento, mesmo quando está numa organização de trabalho que tem um teor patológico, destacando as defesas suscitadas por esse sofrimento, que faz parte do

trabalho, mas pode ser ou não patogênico. Esse sofrimento pode ser transmutado em criação, beneficiando a pessoa, ou pode vir a ser mórbido, levando-a ao adoecimento quando suas defesas individuais e coletivas não são exitosas.

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

As condições de trabalho, como ressaltam Dejours et. al (1994) são mais deletérias para a higidez corporal do trabalhador, tendo nexos com a situação ambiental em que o trabalho ocorre, muitas vezes insatisfatória em termos de equipamentos, segurança e possibilidades de criação. A organização do trabalho influi mais na subjetividade e na estrutura psíquica do trabalhador, abrangendo as configurações das atividades, as competências e responsabilidades requeridas, e os processos hierárquicos e interativos concernentes ao poder.

A psicodinâmica do trabalho discorre sobre o conflito que pode instaurar-se por conta do desequilíbrio entre os ditames da organização do trabalho e os desejos do trabalhador.

## TRATAMENTO METODOLÓGICO

Esta investigação seguiu o método qualitativo de caráter exploratório, e teve um referencial psicanalítico. A pesquisa qualitativa, na visão de Barbier (1985) e Lagache (1985), é um processo que almeja possibilitar a compreensão dos significados

inerentes à condição humana. O nível exploratório de pesquisa visa, principalmente, como indica Gil (1995), desenvolver, explicitar e mudar idéias, almejando uma melhor formulação do problema para estudos ulteriores.

A investigação foi realizada na unidade de emergência do hospital, instituição pública de referência terciária, destinada ao tratamento de patologias cárdio-pulmonares, localizada em Fortaleza, no estado do Ceará.

Um quantitativo de quatro sujeitos, portanto, foi escolhido em cada categoria investigada, por meio destes critérios: disponibilidade; ser médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem atuando na emergência há, pelo menos, dois anos; e ser de ambos os gêneros masculino e feminino.

Considerou-se a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, cujos responsáveis garantiram o sigilo aos profissionais.

Utilizou-se, para a compreensão do problema investigado, a observação participante e a entrevista estruturada. As categorias observadas foram: 1. condição de trabalho (ambientes físico, químico, biológico, e situações de higiene e segurança); e 2. organização de trabalho (conteúdo da tarefa, nível de autonomia, relações de poder e interpessoais). As observações participantes foram feitas nestes espaços: recepção, sala de medicação, sala de parada cardíaca ou respiratória, salas de observação I e II e sala extra. A entrevista abrangeu: 1. dados de identificação; e 2. informações sobre o sofrimento psíquico no trabalho. Os citados

instrumentos foram subsidiados pela análise de conteúdo, conforme o pensamento de BARDIN (1994).

As etapas do estudo incluíram : a aprovação do projeto em julho de 2006; as autorizações do diretor e do comitê de ética do hospital; e sua efetivação e conclusão em setembro de 2007.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A precisão de valorização foi manifestada. Enfrentaram grandes desafios. O sofrimento pareceu ter um teor mais mórbido que criativo, conforme as idéias de Dejours et. al (1994), já que os profissionais foram mais passivos no que concerne a tentativas de mudanças benéficas conjunturais. A precariedade dos recursos materiais e humanos, e os riscos psicofísicos foram situações destacadas pelos sujeitos. Dejours et. al (1994), a propósito, acreditam que as condições de trabalho problemáticas em termos de recursos, equipamentos, segurança e possibilidades de criação são mais prejudiciais para a saúde física do trabalhador, mas ressalta-se, contudo, os nexos intrínsecos entre as dimensões mental e corporal do ser humano.

Desafios e formas de enfrentamento (religião, lazer, exercício físico, família) ou defesas (negação, identificação e ilusão grupal) foram situações que surgiram no contexto do trabalho emergencial. Os sujeitos, através delas, buscaram minimizar ou aplacar suas angústias, tendo sido inerentes, assim, conforme as observações realizadas, à organização de trabalho, que Dejours et. al (1994) ressaltam que influi mais na subjetividade do trabalhador, e abrange atividades e processos interativos. O trabalhador que se percebe como incapaz de dar conta dos regulamentos da organi-

zação pode vivenciar angústia e sofrimento psíquico. As dificuldades enfrentadas pelos sujeitos se relacionaram com: o conteúdo da tarefa, que foi repetitivo, ritualizado, mecanizado e específico, requerendo ações responsáveis e competentes; o nível de autonomia, que foi relativo no âmbito de todas as atuações profissionais; as relações de poder, que se caracterizaram pela subordinação dos trabalhadores a estruturas de gestão hierarquizadas; e as relações interpessoais, que foram permeadas por conflitos.

A condição e a organização do trabalho foram observadas e analisadas:

\* contei cerca de 30 leitos extras. Os médicos atendem numa sala sem privacidade. O espaço e a dinâmica do trabalho não permitem o isolamento de pacientes portadores de doenças contagiosas, como a tuberculose. (2<sup>a</sup> s);

\* uma enfermeira conta que alguns funcionários já contraíram tuberculose devido ao intenso contato com os pacientes, já que ficam muito expostos durante o atendimento (27<sup>a</sup> s);

\* há agressão física por parte do usuário em relação ao funcionário (11<sup>a</sup> s).

A aparente indiferença dos profissionais pareceu representar o mecanismo defensivo concernente à negação:

\* na sala de parada um paciente, no chão, já foi a óbito. Observa-se o automatismo dos profissionais, a apreensão do enfermeiro e o aspecto cansado do auxiliar de enfermagem (6<sup>a</sup> s).

No caso seguinte o estudante utilizou a estratégia defensiva concernente à identificação, estabelecendo uma relação de parentesco com a paciente para amenizar a impessoalidade do ambiente, dando-

lhe um teor de mais humanidade. A maior proximidade afetiva da paciente poderia diminuir a angústia de ambos diante da dor e da possibilidade da morte:

\* um estudante diz: “calma, vovó, vamos já tirar o tubo da boca” (3<sup>a</sup> s).

A ilusão grupal, um mecanismo de defesa coletivo, pareceu emergir na fala desse sujeito:

\* um médico fala: “apesar do estresse e da sobrecarga de serviço, somos felizes por estarmos aqui” (22<sup>a</sup> s).

A situação seguinte pareceu ser a forma defensiva relativa à negação, mas o lazer referido poderia ser, também, outro tipo de enfrentamento do sofrimento psíquico experimentado no trabalho pelos profissionais:

\* internos da medicina falam sobre divertimentos vivenciados no fim de semana. (6<sup>a</sup> s).

Os profissionais tiveram certo nível de autonomia nas suas respectivas atividades desempenhadas no serviço emergencial. Os médicos pareceram ter um poder de decisão maior no âmbito das relações de trabalho, que foi também limitado pelos entaves institucionais e políticos.

Vejamos este exemplo:

\* noto sua impotência para resolver as questões que escapam a sua gerência (10<sup>a</sup> s).

O grupo de trabalhadores emergencistas pareceu integrar a equipe de trabalho da instituição hospitalar de forma apartada do resto do hospital, sobrecarregado de níveis hierárquicos que distanciaram e massificaram esses indivíduos, impedindo ou limitando o conhecimento de seus desejos, necessidades e angústias concernentes

ao trabalho. O poder pareceu mais relacionado aos médicos e às chefias, como se pode ver nestes relatos que integraram as sessões de observação:

\* uma auxiliar de enfermagem comenta: “não temos o reconhecimento do pessoal lá de cima” (27<sup>a</sup> s).

Os processos interativos dos sujeitos pareceram conflituosos, neles instigando certa ansiedade. Os contatos entre os trabalhadores foram reduzidos apenas a questões profissionais. Alguns expressaram insatisfação com membros da equipe de trabalho. Elogios aos membros do grupo também foram verbalizados, bem como a negação dos problemas inerentes às relações de trabalho, configurando uma estratégia coletiva de defesa, ou seja, uma ilusão grupal. Os contatos com os gestores foram raros, e os desentendimentos e agressões com os usuários também foram observados.

Estes recortes de sessões serão esclarecedores:

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

O exemplo seguinte mostrará a utilização da negação como defesa por parte do grupo de profissionais:

\* os diversos profissionais transitam como se não fizessem parte daquele cenário, ou como se ele fosse “normal” (6<sup>a</sup> s);

\* uma auxiliar desabafa: “nós nos sentimos ilhados, sem acesso para o hospital” (19<sup>a</sup> s).

Alguns profissionais manifestaram, em suas falas, sentimentos de desvalorização profissional:

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

Os participantes do estudo foram assim caracterizados com respeito ao sigilo: médicos (S1 à S4), enfermeiros (S5 à S8) e auxiliares de enfermagem (S9 à S12). A maioria do grupo investigado foi formada por mulheres (nove de seus membros). Havia sete profissionais casados.

Todos os sujeitos médicos eram especialistas, com ênfase em pneumologia (S3 e S4) e em clínica médica (S2 e S4). Todas as enfermeiras eram especialistas, sendo que uma delas (S5) na área cardiovascular, duas (S6 e S7) no campo da saúde pública e outra (S8) na área da emergência. Os médicos ganharam os maiores salários (R\$ 10.000,00), enquanto os auxiliares receberam os menores provimentos (entre R\$ 280,00 à R\$ 760,00).

O tempo de serviço na função oscilou de quatro (S1, médico) à vinte e oito anos (S7, enfermeira). A grande maioria dos sujeitos (dez deles: três médicos, todas as enfermeiras e três auxiliares de enfermagem) declarou que era católica. Todos os profissionais possuíam outros empregos.

Pareceu que todos tinham uma missão ou compromisso social a ser cumprido por meio do trabalho na emergência, que era caracterizado por grandes responsabilidades, pois lidavam com vida, morte e desafios. Vivenciavam uma troca de benefícios permeada por angústias e prazeres, frustrações e satisfações, como ressaltam Guimarães e Grubits (2003). Experimentavam o conflito entre a onipotência e a

vulnerabilidade, entre querer e não poder atender bem o paciente devido a entraves sociopolíticos e institucionais.

Algumas falas dos sujeitos subsidiaram esta questão:

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

“tenho uma missão aqui” (S10);

O trabalho na emergência representou para esses profissionais, portanto, altruísmo e aprendizagem.

Todos disseram que suas condições de trabalho nesse local eram bastante problemáticas por conta da precariedade dos recursos materiais e humanos, e dos riscos psicofísicos.

Estas verbalizações dos sujeitos ilustram a temática focalizada:

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

“adquiri a hipertensão do jaleco branco” (S6);

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

A autonomia foi relativa e os trabalhadores estiveram, com frequência, em condições de subordinação. A emergência foi um espaço de circulação de poder diferenciado e crescente entre as categorias profissionais dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. As relações interpessoais foram conflituosas entre profissionais, pacientes e acompanhantes. A organização do trabalho desses profissionais, assim, pareceu influir deletariamente na subjetividade e na estrutura psíquica a eles inerentes, como acreditam DEJOURS et. al (1994).

Este fragmento de discurso é ilustrativo:

“há colegas que se acham acima de tudo e de todos” (S9).

Angerami-Camon (1998) assinala que o envolvimento do profissional da saúde com o doente, a que chama de empatia genuína, pode levar este trabalhador a ver a pessoa adoecida, e não o órgão doente, experimentando com o paciente sentimentos diversos instigados pela doença. Os sujeitos da pesquisa pareceram oscilar, em termos de posturas adotadas diante do doente, entre a empatia genuína e, principalmente, o profissionalismo afetivo, quando respeitaram a dor do paciente, mas com ele não se envolveram emocionalmente. Usaram técnicas terapêuticas para atender os doentes, mas de forma distanciada e defensiva. Percebeu-se que as condições do trabalho foram mais deletérias para a higidez corporal do trabalhador, enquanto a organização do trabalho influiu mais em sua subjetividade e estrutura psíquica, como ressaltam DEJOURS et. al (1994).

Alguns relatos das pessoas entrevistadas simbolizam este tema:

“há 36 horas estou trabalhando para conseguir uma sobrevivência digna” (S1);

“saio arrasado, despedaçado no fim do plantão” (S9).

Os sujeitos, em sua totalidade, pareceram ter configurações psíquicas e físicas de sofrimento no contexto do trabalho emergencial que desempenhavam, sendo este de teor mais mórbido que criativo, como indicam Dejours et. al (1994), com a utilização de estratégias de enfrentamento concernentes a defesas individuais (negação e identificação) e coletivas (ilusão grupal). Poderiam tornar esse trabalho, então, mais interessante e significativo, aumen-



tando seu nível motivacional e se fortalecendo psiquicamente. O trabalho desse grupo pareceu mais relacionado com subordinação e sofrimento do que com construção, satisfação e realização, conforme opina Seligmann Silva (1994), quando discorre sobre as várias dimensões do trabalho. Tentaram, contudo, obter certo equilíbrio psíquico, mesmo vivendo num ambiente de adversidade, desestruturação e aniquilamento, o que significaria um tipo mórbido de organização de trabalho. Suas defesas foram protetoras do sofrimento vivenciado pela equipe, mas também os alienaram dos problemas relativos ao contexto laboral. O sofrimento desses trabalhadores pareceu ter nexos com suas subjetividades e corpos, quando se perceberam, muitas vezes, como impotentes diante das urgentes e plurais questões institucionais que requeriam soluções. Esse grupo experimentou o sofrimento ou mal-estar por conta do desequilíbrio ou conflito entre o desejo de realizar um trabalho satisfatório, e a frustração por conta dos entraves limitantes do contexto institucional, como explicam JACQUES & CODO (2003).

Os seguintes depoimentos são representativos desta questão:

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

“há muita agressividade por parte dos clientes e, às vezes, descompenso”(S12).

Os exemplos acima ilustram a forma predominante de sofrimento vivenciada pelos sujeitos, ou seja, o conflito e a angústia por conta do desejo de atender as precisões dos usuários, e a insatisfação por, muitas vezes, não conseguir realizá-lo.

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

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

Houve alguns outros tipos de enfrentamento das dificuldades características do trabalho que foram indicados pelos profissionais:

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

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

A configuração do sofrimento psíquico vivido pelos profissionais emergencistas pareceu centralizar-se no conflito entre o desejo de onipotência, no que tange ao poder de resolubilidade diante das dificuldades no âmbito do trabalho, e a frustração por conta da vulnerabilidade humana e dos entraves estruturais do contexto institucional em que estavam inseridos. Utilizaram mecanismos de defesa ( que é o processo que busca reduzir ou suprimir qualquer mudança que possa por em risco a integridade biopsíquica do indivíduo, como indicam, em 1988, Laplanche e Pontalis) , diante dessa tipologia de sofrimento, em termos individuais (negação – não se viram como mortais, mas como entidades divinas ou heróicas, que lutaram contra adversidades e mostraram feitos louváveis, como decidir sobre a vida das pessoas, curando-as de doenças, ou influir sobre a morte, ressuscitando-as; e identificação – consideraram os pacientes e colegas como figuras familiares) e coletivos (ilusão grupal – consideraram o grupo como integrado e sem diferenças entre seus membros, apesar de terem se referido a conflitos interpessoais, buscando nele serem aceitos e fortalecerem seu sentimento de pertença). O encontro entre pessoas, como explica Anzieu (1986), mobiliza fantasias e o grupo, como o sonho, tem a função de realizar, de forma imagi-

nária, desejos insatisfeitos. A ilusão grupal tenta resolver o conflito entre o desejo de segurança e unidade, e a angústia por sentir-se ameaçado no que tange a perder sua identidade no âmbito do grupo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho utilizou-se idéias dejoursianas para compreender a tipologia específica de sofrimento psíquico experimentado por profissionais que atuavam numa emergência hospitalar pública, e suas formas de enfrentá-lo. Acreditou-se que a configuração central desse sofrimento, por parte dos citados trabalhadores, foi concernente à angústia entre o sentimento de onipotência no que tange à realização satisfatória do trabalho, e a frustração por conta da vulnerabilidade que lhes era inerente, já que as condições e a organização do trabalho não possibilitaram sua exitosa efetivação. Buscaram realizar, de forma alucinatória, o desejo de serem onipotentes e altruístas, e utilizaram mecanismos defensivos individuais (negação e identificação) e coletivos (ilusão grupal). Outras formas de enfrentamento, além das defesas, incluíram distúrbios físicos (dor, pressão alta, mal-estar, exaustão, hérnia de disco) e emocionais (tensão, depressão), e o suporte da família, do lazer e da religião. O sofrimento pareceu ter um caráter mais mórbido que criativo, segundo as idéias de Dejours et. al (1994). Atividades mecanizadas, angústias, mal-estar, conflitos e doenças físicas e psíquicas fizeram parte dessas estratégias de enfrentamento.

As condições do trabalho foram caracterizadas pela precariedade dos recursos materiais e humanos, e pelos riscos psicofísicos. A organização do trabalho foi configurada por desafios e defesas, subordinação e problemas de interação.

O trabalho pode estruturar ou desestruturar o psiquismo do ser humano, podendo instigar organização ou desorganização, saúde ou higidez, prazer ou sofrimento (Oliveira e Terzis, 1997). A psicodinâmica do trabalho busca intermediar a mudança do sofrimento para a criação e o prazer, situação que depende da consideração do ser humano como sujeito desejante no contexto de seus processos interativos de trabalho, ao invés de configurá-lo apenas através do âmbito da produtividade. Entre as dificuldades reais e os sonhos possíveis deve-se dar vez e voz aos trabalhadores, para que reflitam sobre sua situação de trabalho e a ela dêem uma nova configuração. Os modelos de gestão organizacional devem ser caracterizados como espaços de parceria, reciprocidade e participação, nos quais a subjetividade e a ética devem ser priorizadas, além da contribuição dos trabalhadores no que tange a melhorias da instituição e da sociedade.

As formas de gestão, a propósito, têm reflexos na higidez dos trabalhadores, podendo neles instigar sofrimento psíquico. As descobertas deste estudo, então, apontam para a necessidade de se considerar a subjetividade e os desejos dos trabalhadores emergencistas, o que contribuiria para uma maior satisfação de seus membros, e para uma melhor eficácia setorial (por parte da emergência) e organizacional (por parte do hospital).

Espera-se que o tema focalizado possa contribuir para a concretização de outros estudos ulteriores que priorizem, cada vez mais, as questões fundamentais e os conteúdos emocionais dos profissionais emergencistas. Almeja-se também fornecer, de forma diagnóstica, elementos para implementar políticas públicas de promoção e prevenção dos agravos à saúde desses sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon, V. A. (Org.). (1998). Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira, 211 p.
- Albornoz, S. (2002). O que é trabalho. São Paulo: Brasiliense.
- Anzieu, D. (1986). El grupo y el inconsciente: lo imaginário grupal. Trad. do original francês por Sofia Vidaurrazaga. 2. ed. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Barvier, R. (1985). A pesquisa -ação nas instituições educativas. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dejours, C. (1992). A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. do original francês por Ana Isabel Paraguay e Lúcia leal Ferreira. 5.ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 163 p.
- Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jaiet, C. (1994). Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejoursiana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Trad. do original francês por Maria Irene Stocco Betiol. 3. ed. São Paulo: Atlas, 145 p.
- Gil, A. C. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. 4.ed. São Paulo: Atlas, 207 p.
- Guimarães, L. A.M; Grubits, S. (Orgs.). (2003). Série saúde mental e trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 225 p. V. 1.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1988). Vocabulário da Psicanálise. Trad. do original francês por Pedro Tamen. 10. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 707 p.
- Labache, D. (1985). La unidad de la Psicología. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Oliveira, H. C. de; Terzis, A. I. (1997). Morbidez e saúde no grupo. Revista Científica da Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo de Campinas, São Paulo. IV(2): 90-100.
- Singer, P.; Campos, O.; Oliveira, E.M. de. (1988). Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 3. ed. 166 p. Rio de Janeiro: Forense – Universitária.
- Seligman Silva, E. (1994). Desgaste mental no trabalho dominado. 1.ed. Rio de Janeiro: Cortês, 322p.