



Revista
de
Psicologia

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO ACERCA DO SOFRIMENTO HUMANO NO TRABALHO EM UM HOSPITAL PÚBLICO

AN EXPLORATORY STUDY CONCERNING HUMAN
SUFFERING EXPERIENCED BY WORKERS
OF PUBLIC HOSPITAL

Patrícia Fabiane Cavalcante Neves¹
Antonio Caubi Ribeiro Tupinambá²

RESUMO

O presente estudo visa investigar a relação existente entre o trabalho em um hospital público e o sofrimento psíquico que este acarreta em profissionais de saúde. Foram investigados relatórios referentes a um projeto piloto de ação integrada entre universidade e instituição hospitalar em Fortaleza com o objetivo de desenvolver um trabalho de desenvolvimento interpessoal e apoio psicológico aos servidores do hospital. Partiu-se do pressuposto de que os hospitais são organizações com características peculiares que podem contribuir para o sofrimento/desgaste psíquico de seus profissionais, por meio do lidar constante com a dor e a morte de pacientes; do trabalho em regime de plantões e escalas, com possibilidade de duplicá-los, sem ter, dessa forma, um período e turno fixos de trabalho; da execução de tarefas desagradáveis e por vezes repulsivas, dentre outras características. Pudemos concluir que este trabalho veio a reafirmar o que já havia sido investigado anteriormente sobre o tema, principalmente no que tange ao fato de que as formas de organização do trabalho nessas instituições têm grande influência no sofrimento psíquico dos profissionais que nelas atuam e podem, a partir de determinados arranjos, evitar ou minimizar tal sofrimento.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico, trabalho, hospital, profissional de saúde.

ABSTRACT

This work investigates the relationship between work in a public hospital and suffering of health professional. A investigation of studies concerning the theme and the realization of a pilot project in a public hospital of Fortaleza, which aimed the development of a work of interpersonal growth and psychological support for its workers, were theoretically related. The work was based upon the idea of hospitals while organizations that have peculiar characteristics such as working with pain, death and sickness experience in specific and typical shifts which causes psychological suffering and problems among workers. The work reinforces previous studies and research results concerning psychological suffering and the influence of organizational structures on workers psychological well being, as well as the influence of its changes on health conditions.

Key-words: Psychological suffering, work, hospital, health professional.

¹ Graduada em Psicologia pela UFC. E-mail: patriciafabiane@hotmail.com

² Professor adjunto do Departamento de Psicologia da UFC. E-mail: tupinamb@ufc.br

1 INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares são organizações que contribuem para o elevado nível de desgaste psíquico dos profissionais que nelas atuam. Todas as suas peculiaridades, como, por exemplo, o lidar constante com a dor e a morte; trabalhar em ambientes fechados, tais como UTIs e Centros Cirúrgicos; exposição a material contaminado; rotinas de plantões com possibilidade de dobras; sobrecarga de atividades etc., juntamente com a necessidade de se oferecer uma assistência humanizada e de qualidade aos pacientes que chegam aos hospitais colocam as seguintes questões em pauta: “quem cuida do cuidador?” e “como oferecer uma assistência humanizada ao paciente e ao mesmo tempo promover qualidade de vida aos profissionais de saúde?”

O presente trabalho aborda tais questões conforme o seguinte esquema: os dois primeiros itens discorrem sobre o sofrimento humano no trabalho, sendo que o primeiro busca esclarecer os conceitos e terminologias da área e o segundo trata mais especificamente do sofrimento que emerge do trabalho realizado em ambientes hospitalares. O terceiro item é resultante de um projeto intitulado de “Programa de Humanização na Assistência Hospitalar”, levado a cabo em uma instituição hospitalar pública e de grande porte com foco no atendimento emergencial, no qual foram identificados, por meio de seus funcionários, a existência de problemas pessoais e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, dentro e entre as equipes multiprofissionais, bem como entre estas e a clientela assistida. Observou-se ainda um elevado nível de comprometimento psíquico entre os profissionais de saúde desta instituição.

A importância e a necessidade de se ter um acompanhamento dos profissionais de saúde, ou seja, de cuidar de quem cuida dos outros foi o motor do projeto original. O sofrimento e o desgaste psíquico e físico a que esses profissionais estão submetidos no tipo de trabalho que executam mostrou-se preocupante.

2 SOFRIMENTO HUMANO NO TRABALHO

A Psicopatologia do Trabalho estuda, segundo Abdoucheli e Dejours (1993, p. 120), o sofrimento do indivíduo no âmbito do trabalho, podendo

ser definida como “[...] a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho”. Trata-se de um estudo dinâmico, pois se refere aos conflitos que aparecem em decorrência do encontro entre um sujeito, dotado de uma história singular, e uma situação de trabalho, cujas características independem da vontade desse sujeito. A Psicopatologia do Trabalho coloca, portanto, o sofrimento no centro da relação psíquica entre o homem e o trabalho. (DEJOURS, 1996). Dejours (1993) nos coloca que o trabalho pode ser considerado como fonte de equilíbrio para alguns e causa de fadiga para outros. Fala-se em equilíbrio, visto que o trabalho também pode vir a proporcionar prazer, atuando até mesmo como um mediador de saúde, porém, as pressões psíquicas decorrentes do trabalho não estão somente relacionadas à saúde mental, mas afetam também a saúde física. (DEJOURS, 1996).

De acordo com esse autor, o sofrimento se desdobra além do espaço, pois ele congrega tanto processos construídos no interior do ambiente organizacional, como processos que se desenrolam fora da empresa, ou seja, no ambiente familiar e social do trabalhador. Um mau funcionamento do aparelho psíquico do indivíduo pode ter consequências não só sobre ele próprio, mas também fora do seu ambiente de trabalho, sobre pessoas mais próximas. Desta forma, o sujeito estará pouco propenso a desempenhar um papel ativo na economia das relações afetivas familiares, bem como na produtividade da empresa.

Dentro do contexto organizacional, segundo Silva (2000), o indivíduo está sujeito a diversas e diferentes variáveis que afetam direta ou indiretamente seu trabalho. Dejours (1996) mostra-nos, por seu turno, que as pressões do trabalho que afetam, particularmente, o equilíbrio psíquico e a saúde mental derivam da organização do trabalho. Por esta, deve-se entender, por um lado, a divisão das tarefas, que está ligada diretamente à questão do interesse e do tédio no trabalho; e por outro lado, a divisão dos homens (hierarquia, comando, submissão), que vem a se relacionar diretamente com as relações que os trabalhadores estabelecem entre si dentro do próprio local de trabalho.

De acordo com Ferreira e Mendes (2001), a atividade que o sujeito executa na situação de trabalho é um processo de constante regulação que busca atender de forma adequada aos objetivos das tarefas, às múltiplas determinações que o contexto

de trabalho suscita, e à avaliação que o sujeito faz de seu próprio estado interno. Deste modo, o prazer-sofrimento no trabalho é uma vivência subjetiva do trabalhador, portanto individual, mas que é compartilhada coletivamente e influenciada pela atividade do trabalho.

Às vezes o indivíduo, na sua luta contra o sofrimento, consegue elaborar soluções originais que, em geral, são favoráveis tanto à produção quanto à sua saúde. Esse tipo de sofrimento denomina-se sofrimento criativo (DEJOURS, 1996). De forma contrária, essa luta do indivíduo contra o sofrimento pode chegar a proporcionar soluções desfavoráveis à produção e também à sua saúde. O sofrimento é então qualificado como sofrimento patológico. Este surge quando todas as possibilidades de atuar sobre a organização do trabalho (transformação, gestão, aperfeiçoamento) já foram usadas e quando todos os recursos defensivos já foram explorados. Desse modo, o trabalhador, não compensado, começa a perder seu equilíbrio psíquico, sendo levado a uma descompensação mental ou psicossomática e podendo desencadear uma patologia. Já o outro tipo de sofrimento pode ser criativo quando ele traz alguma contribuição que beneficie a identidade do trabalhador, diminuindo o risco de desestabilização psíquica e somática do sujeito, fazendo, dessa forma, com que o trabalho funcione como mediador da saúde. Ocorre, portanto, uma transformação do sofrimento e não a sua eliminação. (ABDOUCHELI e DEJOURS, 1993).

Dejours (1993) fala em carga psíquica do trabalho, que pode ser definida como resultante do confronto entre o desejo do trabalhador e a vontade do empregador. A relação entre o homem e a organização do trabalho é, portanto, a origem da carga psíquica do trabalho. Ela aumenta à medida em que a liberdade da organização do trabalho diminui e vice-versa. Dessa forma, o trabalho torna-se perigoso para o funcionamento psíquico do trabalhador quando ele se opõe à sua livre atividade. A carga psíquica do trabalho pode, pois, ser considerada como o eco, no trabalhador, da pressão realizada pela organização do trabalho. Uma organização do trabalho autoritária, que não deixa margem a uma saída apropriada da energia pulsional, leva a um aumento da carga psíquica e o excesso de carga psíquica, por sua vez, conduz ao aparecimento da fadiga e do sofrimento.

O prazer do trabalhador aparecerá com a descarga da energia psíquica através da tarefa que ele

realiza (desde que ela permita isso), o que implica uma diminuição da carga psíquica do trabalho. Se o trabalho viabilizar a diminuição da carga psíquica, ele é tido como equilibrante, mas se ele se opor a essa diminuição, ele é considerado fatigante. É nesse ponto, de acordo com Dejours (1996), que pode-se dizer que a situação de trabalho é desencadeadora de sintomas.

Não existe uma solução geral que se possa prescrever para a diminuição da carga psíquica do trabalho. Pode-se dizer que para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante é preciso tornar flexível a organização do trabalho, de modo que permita uma maior liberdade ao trabalhador para ele poder rearranjar seu modo operatório e encontrar os meios que são capazes de lhe fornecer prazer, ou seja, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica do trabalho. (DEJOURS, 1993). O equilíbrio psíquico seria, pois, atingido através de uma "regulação" que, por sua vez, requer estratégias defensivas especiais elaboradas pelos próprios trabalhadores.

Estudos sobre as estratégias defensivas relacionadas ao sofrimento vêm sendo feitos desde 1980, com as pesquisas desenvolvidas por Dejours (apud MENDES, 1995/1996), e têm como objetivo compreender as relações de trabalho vistas a partir do prisma da intersubjetividade, ou seja, a partir de uma mediação entre o psíquico e o social. Dessa forma, a organização do trabalho é considerada como fundamental para a compreensão destas relações, tendo em vista que o trabalho veicula tal mediação e é onde as regras estabelecidas para a divisão das tarefas e a divisão do homem exercem impacto na psique do trabalhador, ocasionando vivências de prazer e de sofrimento.

Para Abdoucheli e Dejours (1993), os indivíduos, vivenciando cada um seu sofrimento que é único, são capazes de construir uma estratégia defensiva comum. Estas funcionam como regras, que são aprovadas em consenso. A diferença fundamental entre as estratégias defensivas individuais e as coletivas, é que, nas individuais, o mecanismo de defesa está interiorizado (psicanaliticamente falando), ou seja, persiste independente da presença física de outrem, enquanto que nas coletivas tal mecanismo só sobrevive se existir um consenso entre os indivíduos. Os trabalhadores acabam por construir regras que não estão de comum acordo com as da organização do trabalho. As "estratégias defensivas coletivas" é um termo

utilizado pela psicodinâmica do trabalho e se caracterizam pela presença de condições externas reais que geram sofrimento e que se sustentam no consenso de um grupo específico de trabalhadores. (DEJOURS apud MENDES, 1995/1996).

As estratégias defensivas construídas coletivamente, de acordo com Abdoucheli e Dejours (1993), em decorrência do sofrimento causado pela organização do trabalho³, costumam levar à modificação, transformação e eufemização da percepção que os trabalhadores possuem acerca da realidade que os faz sofrer. Diante da incapacidade de modificar a realidade externa, o trabalhador, em geral, transforma a si, ou seja, distorce sua percepção, sendo a nova realidade criada validada pelo coletivo. Desse modo, de acordo com Dejours (apud MENDES, 1995/1996), as estratégias defensivas coletivas garantem uma certa estabilidade ao sujeito na sua luta contra o sofrimento, que, em outras situações, seria incapaz de conseguí-la apenas com suas defesas individuais. Se as estratégias defensivas coletivas estiverem em harmonia com as defesas individuais, a economia psíquica do trabalhador estará garantida. Como isto nem sempre ocorre, podem surgir conflitos e tensões que poderão comprometer o funcionamento psíquico do trabalhador.

As defesas coletivas, além de serem uma forma de adaptação às pressões da organização do trabalho, podem também ser consideradas como um sistema de seleção psicológica dos trabalhadores, funcionando da seguinte maneira: seriam aceitos dentro do coletivo aqueles trabalhadores que contribuísem para as estratégias de defesa e seriam eliminados aqueles que as atrapalhassem, podendo ser até perseguidos e vistos como um dos causadores do sofrimento. As estratégias defensivas contribuem, desta forma, para a coesão e a construção do coletivo de trabalho, ajudando também no alcance dos objetivos da organização do trabalho, sendo, portanto, utilizados em proveito da produtividade. (ABDOUCHELI e DEJOURS, 1993).

Assim, para estes autores, elas contribuem para estabilizar a relação subjetiva com a organização do trabalho no estado em que ela se encontra, alimentando dessa forma uma resistência à mudança, ou seja, corre-se o risco de a estratégia defensiva se tornar um objetivo em si mesma, caindo em uma

alienação, bloqueando, desse modo, qualquer tentativa de transformação da situação vigente. As ameaças contra tais estratégias são energeticamente combatidas. O indivíduo passa a ver o sofrimento como resultado de seu enfraquecimento, e não como consequência do trabalho. Passa-se da ordem da realidade para a ordem do imaginário.

Mendes (apud MENDES, 1995/1996), em seus estudos acerca da relação prazer-sofrimento, identificou que se a organização do trabalho adotar a sua fragmentação e especialização, tarefas repetitivas e pouco significativas e relações hierárquicas baseadas no autoritarismo, no controle e na competitividade, emergirão vivências de sofrimento traduzidas em sintomas como frustração, tédio e impotência. Diante disso, o trabalhador tende a manifestar comportamentos defensivos, ora individuais, ora coletivos, com o propósito de evitar o surgimento de conflitos, mantendo, dessa forma, o equilíbrio psíquico, procurando combater ou ocultar internamente o sofrimento.

As defesas, para esta mesma autora, ao mesmo tempo em que permitem a convivência com o sofrimento, mascaram (alienam) suas verdadeiras causas, o que evita o contato com a frustração, com o tédio e o sentimento de impotência. Esta alienação serve ao propósito da ideologia dominante, que, não possuindo interesse em mudar as relações de trabalho, explora e faz uso dessa contradição, que é inerente à função das defesas, a fim de não se entrar em discussões sobre a organização do trabalho, mantendo assim a mão-de-obra produtiva no emprego, já que esta desconhece as causas do seu sofrimento, não tendo, portanto, motivos para abandoná-lo.

3 SAÚDE DE QUEM TRABALHA COM SAÚDE: INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E SAÚDE DO TRABALHADOR

O serviço de atendimento ao público, de acordo com Ferreira e Mendes (2001), resulta de um contingente de variáveis, tais como: a conduta dos usuários, as atividades dos funcionários, a organização do trabalho e as condições físico-ambientais da instituição. Assim, pode-se definir

³ A experiência mostrou, segundo os estudos desses autores, que a organização do trabalho aparecia como a principal causa desestabilizadora da saúde mental dos trabalhadores, sendo a causa de todas as pressões do trabalho.

o atendimento ao público como sendo um serviço **complexo** em que permeiam diferentes interlocutores, cuja interação social ocorre de acordo com suas diversas necessidades, podendo ser facilitada ou não dependendo das condições disponibilizadas pela organização.

O hospital se enquadra no serviço de atendimento ao público e, segundo Pitta (1994), é um local que aglutina diversos trabalhadores, entre os quais estão médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos etc. São muitas as profissões e ocupações que preenchem o espaço hospitalar, porém esse é apenas o quadro de pessoas que lá trabalham, pois há ainda os usuários, que são os responsáveis pela sua razão de existir e que adentram o hospital freqüentemente em situações muito dramáticas.

O hospital se organiza dividindo-se em serviços ou departamentos, cada um contendo uma especialidade, que preservam as identidades e detêm os profissionais em suas salas. Esse tipo de processo de trabalho hospitalar fragmentado reproduz as características da organização do trabalho industrial e gera angústia nos trabalhadores que ora aparecem compromissados, ora desesperançados. O processo de trabalho é tido como único possível, vindo a repetir freqüentemente a lógica do trabalho taylorizado, que muitas vezes se encontra disfarçada no discurso tão preconizado do "trabalho em equipe." (FOUCAULT apud SILVA, 1998).

Hoje, de acordo com estudos de Pitta e Rego (apud SILVA, 1998), tem-se como hipótese que o intenso desgaste da saúde do trabalhador hospitalar decorre principalmente de sua impotência diante de uma estrutura hierárquica centralizadora. São vários os fatores que surgem como causa de sofrimento e desgaste do trabalhador. Entre eles, estão a alienação, a impossibilidade de se agir criativamente no cotidiano do trabalho e os limites impostos pela organização do trabalho à utilização de seu conhecimento.

O sofrimento gerado no trabalho em hospitais, de acordo com Pitta (1994), decorre da própria natureza deste tipo de trabalho e de sua organização. Os principais determinantes desse sofrimento seriam justamente o próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro e as formas de organização desse tipo de trabalho. Porém, paradoxalmente, esse mesmo objeto de trabalho pode produzir satisfação e prazer quando o trabalhador se utiliza de mecanismos de defesa

de natureza sublimatória em condições que permitam que seu trabalho seja socialmente valorizado. A sublimação se torna um mecanismo essencial para tais trabalhadores que têm como ofício lidar com um cotidiano de dor, perdas, sofrimento e morte todos os dias.

A atitude atual do homem diante da dor, do sofrimento e da morte, para a mesma autora, é buscar negá-los a qualquer custo, prolongando o máximo possível a sua vida, papel este desempenhado pelos hospitais. A morte é sempre vista como algo incômodo e que, portanto, deve ser afastada e ocultada do convívio social. Na Idade Média, a morte era encarada como algo normal e de forma mais natural, estando comumente presente nas salas de visitas. Hoje, ela se esconde nos hospitais, em suas UTIs, onde os trabalhadores de saúde têm a missão de evitá-la, porém, isto não sendo possível, têm também a missão de escondê-la do restante da sociedade. Eles possuem a difícil tarefa de cuidar dos vivos e também dos mortos, de forma exclusiva e silenciosa.

Com isso, nos dias de hoje, pode-se chegar à conclusão, nas palavras de Pitta (1994, p.37), de que:

Adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa e discretamente.

Com o desenvolvimento do capitalismo, no final do século XVIII e início do século XIX, de acordo com Pitta (1994), o corpo foi sendo socializado enquanto força de trabalho, de produção. A partir disso, pode-se notar que a divisão do trabalho no interior dos hospitais reproduz a divisão do trabalho nos moldes de produção da sociedade capitalista.

Dentro da divisão do trabalho nos hospitais, ainda segundo a mesma autora, as estratégias utilizadas na administração dos cuidados aos enfermos contribuem para que um número restrito de

funcionários (alguns médicos e algumas enfermeiras) detenham o poder de conceber instrumentos, rotinas e padronizações de conduta, o que leva a uma diminuição da capacidade de reflexão dos demais trabalhadores, que acabam por executar suas tarefas de modo autômato, sem questionar muito seu trabalho, cabendo a eles apenas aceitarem o que lhes é imposto.

Pitta (1994) afirma que a grande separação que existe entre a concepção e a execução das tarefas produz uma divisão do trabalho de tal forma que acaba separando a minoria pensante, que detém o conhecimento, da maioria alienada, que executa as atividades desqualificadas e repetitivas, processo esse compatível com o clássico modelo administrativo taylorista. A divisão do trabalho implica a perda da responsabilidade do trabalhador no que diz respeito à sua tarefa, ocasionando um processo de estranhamento e alienação do trabalho, podendo suscitar ainda estados de ansiedade.

A atual divisão do trabalho, pois, segundo Silva (1998), cria obstáculos ao que seria considerado como bom atendimento aos pacientes e gera insatisfações entre os trabalhadores. Outras fontes geradoras de insatisfação são a falta de reconhecimento dos trabalhadores perante seus superiores e perante os próprios colegas de trabalho, além da rotina de plantões. Algo que eles costumam alegar freqüentemente é a falta de comunicação e de tempo. Queixam-se também da falta do cumprimento da lei, de solidariedade e de trabalho coeso e compartilhado.

Para esta mesma autora, costumamos encontrar no hospital pessoas sempre apressadas e que se acreditam impotentes diante de alguma melhoria na organização do trabalho. E com relação a isso, esta autora fala-nos que na sociedade ocidental moderna, o tempo tem passado de um tempo corporal a um tempo ditado pelo relógio, pelo tempo medido com exatidão. Formulou-se, então, a hipótese de que o fazer mais rápido seria também uma forma de fazer menos, deixar-se envolver menos. O menor envolvimento com o trabalho implicaria, pois, uma menor vivência de responsabilidade.

Menzies (apud PITTA, 1994), relata acerca dos sentimentos e ansiedades que o trabalhador de um hospital sente com relação ao trabalho que executa, principalmente no que diz respeito ao contato direto com os pacientes, com toda sua rotina de cuidados. Isso faz com que surjam sentimentos fortes e por vezes contraditórios, tais como:

piedade, compaixão, ódio, amor, culpa etc. Tais cuidados oferecidos constantemente aos pacientes, acometidos de doenças ou acidentes que com freqüência são graves, tendem, muitas vezes, a ser tarefas desagradáveis, chocantes, repulsivas ou aterrorizadoras e que requerem, para tal, um certo grau de adequação psicológica ou um treino cotidiano de adaptações de estratégias defensivas para seu desempenho. O risco do surgimento de ansiedade intensa e incontrolada nos trabalhadores encontra-se na própria natureza do trabalho e é intensificado por seu próprio processo nos hospitais.

Os auxiliares são os que executam as tarefas mais intensas e repetitivas, sendo também as menos valorizadas social e financeiramente. Eles são os que estão em maior contato com os enfermos, acompanhando-os e convivendo bem de perto, participando de todo o processo de internação deles, seja caminhando para a cura ou para a morte.

O outro lado dessa relação entre técnico (em especial o médico) e paciente diz respeito ao tratamento profissional dispensado. Pitta (1994) relata que o doente confia sua vida ao médico, compartilhando experiências pessoais e corporais, muitas vezes até íntimas, esperando dele a solução para o seu problema, a cura para a sua doença. Do contrário, o médico, em sua posição de controle e autoridade, não pode permitir que nenhum gesto afetivo surja na relação entre ele e o enfermo, pois vai de encontro às recomendações éticas e técnicas mais básicas de sua profissão. A comunicação entre ambos é totalmente desnivelada, pois enquanto um possui uma linguagem coloquial, o outro se mantém no nível técnico, o que dificulta até o entendimento por parte do enfermo sobre o que se passa com ele.

Isso pode desenvolver uma relação desumanizada e impedir que se forme um vínculo entre os dois, muitas vezes até necessário para a recuperação do doente. No contexto hospitalar moderno, testemunha-se no geral que a relação se torna fria e o que o médico vê ali na sua frente não é mais um indivíduo dotado de uma subjetividade, mas um "objeto" que está "quebrado" e precisa ser "consertado."

Outra característica do trabalho hospitalar, para Pitta (1994), é que há a necessidade de se trabalhar em regime diuturno, acabando por se incorporar um sistema de rotina de plantões. Isso implica muitas conseqüências para o organismo

do trabalhador, pois ele tem que se adaptar a um regime de trabalho que difere do seu relógio biológico, acarretando perdas e danos para a sua saúde física e mental:

Estudos de cronobiologia aplicados à organização do trabalho têm levantado aspectos irreconciliáveis do trabalho realizado em turnos (noturno por excelência), onde os sincronizadores individuais estão invertidos em relação aos demais sincronizadores sociais, violentando também os ritmos circadianos, trazendo desordens na esfera biológica, psicológica e social desses trabalhadores e seus familiares, habitualmente desconsiderados nos acordos de trabalho e sequer presentes como eixo de preocupação deles próprios ou mesmo dos profissionais de saúde. (PITTA, 1994, p. 59).

Não é difícil compreendermos o motivo disso acontecer se levarmos em conta o elevado índice de desemprego e a constante batalha desses trabalhadores em se manterem estáveis, ou pelo menos em se manterem por um tempo em um emprego, tendo que ter, muitas vezes, dois ou três empregos para poder viver um pouco melhor. Aliado a isso há a miséria de salário que lhes é ofertado para o trabalho que realizam e o tempo que se dedicam ao hospital, chegando a trabalharem até 36 horas seguidas, o que, pode se dizer, é uma carga horária desumana que desrespeita o funcionamento fisiológico e psíquico do trabalhador.

Segundo Pitta (1994), a falta de interesse e de informação por parte das chefias, com relação às necessidades fisiológicas e psicológicas dos trabalhadores, faz com que ocorra uma tremenda discrepância entre o que se espera que eles façam e aquilo que realmente são capazes de fazer.

4 SOFRIMENTO DO TRABALHADOR DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O atual trabalho resultou do projeto de desenvolvimento interpessoal realizado em uma instituição hospitalar pública de Fortaleza e que se constituiu como estágio curricular opcional no curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), na área de Psicologia do Trabalho, entre outubro de 2002 e março de 2003.

Tal trabalho era parte de um projeto piloto de ação integrada, intitulado "Programa de Desenvolvimento Interpessoal e Apoio Psicológico ao Servidor de uma instituição hospitalar pública", realizando uma parceria desta instituição com a UFC (o setor encarregado do projeto na universidade foi o NUTRA – Núcleo de Psicologia do Trabalho). O projeto nasceu da demanda do próprio hospital no sentido de realizar um trabalho de qualidade de vida, abrangendo os três seguintes setores: Emergência Geral, UTI e Unidade de Queimados. A proposta era de um trabalho de desenvolvimento interpessoal (D.I.) e de apoio psicológico aos funcionários lotados nesses setores.

O projeto teve como objetivo geral otimizar a humanização da assistência hospitalar da instituição, através de oficinas de D.I. e apoio psicológico individual para os profissionais de saúde lotados, inicialmente, nos setores citados acima. Os objetivos específicos foram o de ampliar o conhecimento, a efetividade técnica e a integração entre os funcionários, a fim de propiciar qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho; desenvolver a auto-estima e as habilidades interpessoais nas equipes; oferecer apoio psicológico individual para os funcionários que apresentassem problemáticas pertinentes e contribuir para que o funcionário pudesse lidar melhor com o paciente e seus acompanhantes. O trabalho foi subdividido em quatro momentos: 1) observações dos setores e entrevistas com as chefias; 2) sensibilização do projeto e entrevistas de triagem; 3) grupos de D.I. e 4) fechamento/encerramento do projeto.

4.1 Primeiro Momento

O primeiro momento dividiu-se em duas etapas: observação dos setores selecionados para o projeto e realização de entrevistas com as chefias desses setores. As atividades desse momento tiveram o propósito de coletar informações a respeito da instituição (modo de funcionamento, estrutura física e hierárquica, rotina etc.) e de seus funcionários (formas de relacionamento, atividades executadas etc.).

Apesar das observações e coleta de informações sobre o trabalho nesses diferentes setores terem sido resumidas a dez momentos, isto é, três entrevistas e sete visitas, conversando com cerca de 25 funcionários sobre os aspectos referidos no parágrafo anterior, pudemos ter um quadro do

cotidiano de trabalho, com suas rotinas, ambientes e condições, o que subsidiou os momentos posteriores do nosso estudo.

A Emergência Geral divide-se em duas: uma onde são realizados os primeiros atendimentos e outra de atendimentos especializados. Ao todo, a equipe das duas emergências estava composta por 208 funcionários da seguinte forma: 144 auxiliares de enfermagem, 35 enfermeiros e 29 técnicos.

A UTI (Unidade de Tratamento Intensiva) era composta por uma pediátrica, com seis leitos, e três geral-adultos, com sete leitos cada uma. A maior parte dos pacientes que chegam na UTI é por politraumatismo e AVC.

A unidade de queimados possui enfermarias para crianças e adultos (masculino e feminino) e convênios, centro cirúrgico, sala de recuperação, de fisioterapia, de terapia ocupacional, dormitórios, postos de enfermagem etc. A equipe multiprofissional era composta por cirurgiões plásticos, intensivistas, anestesistas, enfermeiras, fisioterapeutas, copeiras, zeladores, auxiliares de enfermagem, psiquiatra, nutricionista, dentre outros, o que soma cerca de 140 servidores.

4.2 Segundo Momento

O segundo momento foi composto por duas fases: o trabalho de sensibilização para o projeto com os funcionários dos setores escolhidos e as entrevistas de triagem (estas foram necessárias, visto que o projeto se compõe de uma ação integrada entre a área organizacional – programa de D.I. – e a área clínica - apoio psicológico aos servidores, para verificarmos a real demanda desses funcionários e colocá-los adequadamente em cada proposta de trabalho).

A etapa de sensibilização teve como objetivo informar os funcionários a respeito do projeto e, portanto, do trabalho que pretendíamos realizar, explicitando todas as etapas (decorridas e futuras), os objetivos e as motivações para sua realização, buscando, desse modo, que eles aderissem ao projeto. Já esta etapa teve o propósito de coletar informações a respeito dos funcionários a fim de que pudéssemos discernir qual a demanda de cada um (se clínica, questões problemáticas de cunho mais pessoal e afetivo, ou de trabalho, questões problemáticas mais relacionadas à situação de trabalho) e encaminhá-los adequadamente para o atendimento psicológico individual ou para o trabalho de D.I.

Foram triados um total de 32 funcionários, dos quais sete foram encaminhados exclusivamente para o atendimento clínico, 12 exclusivamente para os grupos de D.I. e 13 para os dois tipos de trabalho. O total de servidores encaminhados para o trabalho de grupo foram, portanto, 25. Foram formados então dois grupos de D.I., um na quarta e outro na sexta.

4.3 Terceiro Momento

O terceiro momento foi composto pelos grupos de D.I. A nossa proposta inicial era a de se trabalhar com dois grupos de D.I., cada um com 20 participantes. Porém, encontramos dificuldades ao longo do processo e percebemos que o hospital não estava preparado para iniciarmos este tipo de trabalho, pois além da instituição não ter um setor de Recursos Humanos para nos dar o suporte necessário, nunca havia sido realizado um trabalho de qualidade de vida com os seus funcionários, deste modo, não estavam acostumados a este tipo de trabalho, confundindo-o muitas vezes com a oferta de um treinamento, palestra ou curso onde eles iriam aprender sobre Psicologia.

Outras dificuldades encontradas dizem respeito às idéias estereotipadas sobre a Psicologia e desconhecimento sobre essa profissão. Estavam sempre associando-a exclusivamente à intervenção clínica. Uma outra dificuldade concerne à estrutura administrativa e à cultura da instituição, que, dada a desorganização, possui muitos problemas de comunicação interna, com procedimentos que dificultam ações que implicariam mudanças comportamentais e de rotinas, como era o caso da proposta atual. Apesar da identificação de tais impedimentos, iniciamos nosso trabalho com os grupos, porém com um número menor de pessoas.

Cada grupo ficou com três facilitadores. Éramos ao todo quatro estagiários da área de psicologia organizacional, sendo dois curriculares e duas voluntárias. As funções ficavam distribuídas em facilitador, co-facilitador e observador para cada atividade desenvolvida. No mesmo dia, cada um passava por essas três funções. Cada grupo teria uma duração de duas horas.

Foram sete encontros ao todo, funcionando basicamente com as seguintes atividades: relaxamento (preparação para as atividades posteriores), dinâmica de aquecimento (como o próprio nome diz, aquecia as pessoas para as principais dinâmi-

cas do dia), dinâmicas principais (eram relativas ao tema, suscitando questionamentos e reflexões) e compartilhar (momento de expor para o grupo as reflexões realizadas no decorrer do dia e fazer o apanhado geral do encontro). Os temas abordados nas oficinas foram: "integração" (realizado em dois encontros), "comunicação", "relacionamento", "motivação" e "trabalhando as diferenças". No sétimo encontro se deu o encerramento do projeto.

Seguem-se então algumas observações sobre os encontros consideradas como de maior relevância acerca do processo.

4.3.1 Primeiro encontro – integração

Notamos aqui uma outra dificuldade para a realização do trabalho: não tínhamos a segurança de não sermos perturbados durante os grupos, visto que o mesmo se dava dentro da própria instituição hospitalar e às vezes havia necessidade de voltar repentinamente ao trabalho. Porém, essa era a única forma que encontramos, pelo menos à primeira vista, para conseguirmos realizar o trabalho, pois seria mais fácil para os funcionários participarem. Outra dificuldade foi o fato de o hospital adotar um sistema de escalas, o que implicava ter dias em que o grupo coincidissem com o horário de trabalho. Foi acordado com a chefia, então, que ela cederia seus funcionários durante duas horas do seu horário de trabalho para participarem dos grupos, mas isso não acontecia, visto que o hospital dispunha de um quadro deficitário de funcionários, e eles mesmos viam que não poderiam sair do seu setor. Percebeu-se que as pessoas gostavam bastante do que faziam apesar das dificuldades. Uma participante falou que entrou no grupo porque a chefe mandou, mas que estava gostando de participar.

4.3.2 Segundo encontro – integração

O grupo parecia muito unido. Uma participante chega a afirmar que "o trabalho aqui é como o de um soldado, sempre a postos! Tem que ser rápido, questão de minutos. Nós somos o soldado raso". Outra considera o trabalho como uma "segunda casa". Outro participante reclama que o trabalho é estressante, cansativo por ter que lidar com o sofrimento do paciente e, às vezes, não poder fazer nada. Mas afirma, entretanto, que gosta do que faz, gosta do seu trabalho. Outra declara: "meu trabalho é como atravessar uma montanha, cada

dia você tem que transpor uma, mas nenhuma é grande o suficiente para esconder o meu sol". Uma última afirma que se sente cansada e estressada, que tem vontade de sair, mas gosta do trabalho e por isso não sai.

Vemos aqui que, apesar de todas as dificuldades encontradas e reveladas sobre o trabalho no hospital, muitos não se deixam abalar e continuam realizando-o porque gostam. Todos os participantes expressam inúmeras dificuldades e queixas a respeito de seus trabalhos, dizem sofrer muito, estarem desgastados e estressados, ganharem pouco e não serem valorizados pelo que fazem, nem pela sociedade e nem pela própria chefia, mas mesmo assim amam o que fazem e relutam em arranjar outro emprego. Lutam de vez em quando por melhores salários e condições de trabalho, mas já vão meio desiludidos de obterem algo, achando que seus apelos não serão atendidos ou sequer ouvidos.

4.3.3 Terceiro encontro – comunicação

Nesse encontro, algumas falas mostram a dificuldade de comunicação entre os funcionários do setor: "não é todo mundo que se agrada vendo um queimado"; "como é que tu agüenta aquele fedor!"; "não ia um médico pra lá com nojo. Hoje, alguns médicos e alguns residentes vão"; "nem sempre se passa o que se quer da maneira que se quer passar" (com relação à comunicação); "por mais que o chefe diga que não, tem sempre alguém que ele vai privilegiar mais"; "antes de eu entrar na unidade de queimados eu já via o preconceito (com relação ao setor), depois que entrei senti mais ainda"; "você quer que a pessoa trabalhe como você" (no sentido de se exigir o mesmo do outro); "a gente não se une"; "você não vê um médico falando de outro médico, pelo menos na nossa frente". Aqui há o reconhecimento de que sua própria categoria de auxiliar não trabalha unida e não se comunica. "As pessoas aqui não têm lazer, vivem só pra família e pro trabalho". Essa fala indica o quanto essas pessoas trabalham e o pouco que sobra tem que ser destinado à família. Isso decorre deles terem que fazer plantões e escalas a mais devido à falta de dinheiro, já que ganham muito pouco, o que implica muitas vezes trabalharem 24 ou 36 horas seguidas três a quatro vezes por semana). "A gente mesmo que se deixa cair. Tem gente querendo cuidar da gente e a gente não quer ser cuidado". Neste caso há um reconhecimento de que precisam de cuidados

também, mas que devido a já terem se acomodado à situação de trabalho em que se encontram, com todas as pressões e dificuldades, não vêem como podem melhorar suas condições atuais tanto de trabalho quanto psicológicas, ficando, portanto, descrentes das possíveis soluções.

4.3.4 Quarto encontro – relacionamento

Após as atividades introdutórias de relaxamento e aquecimento, passou-se a tratar de temas em torno das relações no trabalho e desenvolvimento de seus papéis no hospital. As relações com a clientela também entraram na pauta de discussão. Muitos dos comentários realizados aqui foram contemplados em outros encontros, já que é um assunto que os permeia.

4.3.5 Quinto encontro – motivação

Durante uma atividade de colagem entre os funcionários acerca do que os motivavam e os desmotivavam em seu trabalho no hospital foram registradas algumas falas bastante esclarecedoras tais como: “muitas vezes nossas ações são limitadas, até por nós mesmos”. Aqui eles reconhecem que se acomodam e aceitam muitas vezes a situação de trabalho em que se encontram.

Essa gravura é de duas pessoas livres, se sentindo livres. Eu me sinto assim desde que vim para cá. Aqui você tem liberdade para fazer as coisas, não tem ninguém lhe vigiando o tempo todo, não tem câmeras te filmando (como acontece nos hospitais particulares) e é um dos motivos que me faz dizer que gosto de estar aqui”.

É importante ressaltar que muitos deles trabalham em mais de um hospital, sendo muitas vezes um público e um particular. “Essa mão fechada representa a mente fechada de nossos administradores”, “A chefe não pede a opinião da gente. Ela não escuta nossas idéias”. Essas duas falas refletem a opinião do funcionário acerca do estilo administrativo na instituição. “Nós não produzimos como era para produzir, nós temos é um ritual, uma rotina que nos desmotiva”, referindo-se à organização do trabalho que gera insatisfação;

[...] isso aqui é um desafio todo dia. Todo dia você aprende uma coisa nova, por mais vezes que você já tenha feito uma coisa, você aprende um jeito novo de fazer;

Muitas vezes me sinto assim, fechada, encolhida. A gente tenta se mostrar, mas eles fazem é podar o que a gente quer aprender, quer ajudar” (falta de valorização);

[...] me desmotiva eu ter que cumprir uma coisa mesmo sabendo que tá errado... Isso me deixa assim, com o olho arregalado... E agora, fazer o quê? Tenho que cumprir!”. Essas falas indicam que, sobre a hierarquia, o funcionário tem que cumprir ordens mesmo que não estejam de acordo.

4.3.6 Sexto encontro – trabalhando as diferenças

A partir das atividades realizadas, uma das participantes afirma que viu como as outras pessoas são diferentes, como elas pensam diferente, tornando, assim, mais difícil executar um trabalho em uma mesma equipe. Diz ela:

[...] uma equipe que pensa igual é mais fácil de se trabalhar. Às vezes, não se consegue trabalhar numa equipe, pois as pessoas são muito diferentes, não se sintonizam, são como “porcos-espinhos”, se juntam demais e se espertam.

Uma outra funcionária diz que não conseguia entender as diferenças dos outros, mas que agora vai olhar mais para o outro, procurando entendê-lo, em vez de criticá-lo. Diz que percebeu agora que é diferente dos outros (e não só os outros que são diferentes dela) e que vai agora pensar se é ela que é tão diferente do outro e que por isso não consegue entendê-lo.

4.3.7 Sétimo encontro (oficina de sexta) – encerramento

Este encontro dedicou-se a colher e discutir as impressões pessoais dos funcionários acerca do trabalho desenvolvido, bem como coletar sugestões para a continuação do projeto. A partir de suas falas foi possível verificar que conseguiram tirar proveito de todo o processo, que sentiram que melhoraram bastante como pessoas e em suas relações, que aprenderam muito, não só em relação ao trabalho, mas em relação à vida em geral. Só ficaram decepcionados com o desinteresse dos outros funcionários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deparamo-nos com muitas dificuldades no decorrer do projeto, a saber, a demora do início do trabalho de sensibilização do projeto (que deveria ter sido feito pelo hospital, mas foi assumido por nossa equipe); a sensibilização foi realizada com dificuldade, tendo em vista que o hospital possuía uma cultura que a princípio não "comportava" tais mecanismos; houve pouca adesão dos funcionários ao projeto; muitas pessoas faltaram às entrevistas de triagem; detectamos vários problemas de comunicação interna, o que veio prejudicar o trabalho; apesar do trabalho ter nascido da instituição, não havia uma pessoa no hospital que pudesse nos acompanhar e dar um suporte técnico maior; alto índice de absenteísmo nos grupos; preconceito e pouco conhecimento de nossa profissão; resistências psicológicas dos próprios funcionários; quadro de funcionários do hospital desfalcado e em escala. (dificultando a presença deles nos grupos).

O trabalho realizado no contexto hospitalar facilitou a organização de dados sobre esse tipo de instituição, seu funcionamento, o ambiente formal e informal, o seu cotidiano, problemas enfrentados, pacientes atendidos, tipos de relacionamento, aspectos motivacionais do trabalho etc. Pudemos verificar que, dessas questões mencionadas, conseguimos atingir grande parte dos nossos objetivos. Foi-nos gratificante ainda identificar um alto grau de satisfação entre os funcionários.

Pudemos observar que este trabalho reafirmou o que estudiosos sobre o tema sofrimento humano no trabalho, tais como Abdoucheli e Dejours (1993) e Pitta (1994), vem afirmando a respeito: o modo como a organização do trabalho está fundamentada influencia no modo de vida de seus trabalhadores de saúde; as relações hierárquicas autoritárias trazem sofrimento para esses trabalhadores; a relação técnico-paciente, na maioria das vezes, se torna uma relação distante, na qual o paciente passa a ser visto como um corpo que precisa de cuidados, mas que não sente, vê ou escuta e nem possui subjetividade; os trabalhadores criam, de fato, estratégias de defesa para se protegerem do sofrimento.

Este estudo suscitou algumas questões para serem investigadas e trabalhadas posteriormente por quem se interessar pelo assunto. Tais questões foram tratadas aqui, mas merecem um aprofundamento maior em estudos futuros:

- Esclarecer o porquê de os trabalhadores de saúde gostarem do seu trabalho no hospital, apesar de tanto sofrimento;

- Identificar as semelhanças e diferenças entre o trabalho do profissional de saúde em um hospital público e em um hospital particular e estabelecer suas implicações para a qualidade do trabalho desse profissional;

- Como estabelecer a distância adequada na relação entre o profissional de saúde e o paciente para que esta não se torne uma relação inapropriada ao tratamento;

- Como oferecer uma assistência humanizada ao paciente junto à promoção da qualidade de vida dos profissionais de saúde.

O estudo atual revelou a importância do trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde, principalmente pelos auxiliares de enfermagem. Indica que há desvalorização social e financeira do trabalho, desvalorização dos profissionais e, por decorrência, sofrimento.

A tarefa desses profissionais é cuidar dos outros, mas é importante alertar para o fato de que eles precisam ser cuidados também. Deve-se, portanto, enxergar e entender o sofrimento dessas pessoas para, a partir de então, poder "cuidar de quem cuida", "cuidar do cuidador", a fim de que eles possam continuar a executar de forma satisfatória tais trabalhos, reconhecidamente imprescindíveis na sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDOUCHELI, E. e DEJOURS, C. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: E. Abdoucheli; C. Dejours & C. Jayet. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: E. Abdoucheli; C. Dejours & C. Jayet. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: J. F. Chanlat. *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996.

FERREIRA, M. C. e MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de psicologia* Natal. v. 6, n.1, p. 93-104, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2001000100010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN: 1413-294X.

MENDES, A. B. M. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 13 (½) v. 14 (½), jan./dez. 1995/1996.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SILVA, C. O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicologia Ciência e Profissão*, Ano 18, n.2, p. 26-33, 1998.

SILVA, F. P. P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *PSI – Revista de psicologia social e institucional*, Londrina. v. 2, n. 1, jun., 2000. Disponível em: <<http://www.2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. ISSN: 1516-4888.