

---

## RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL REGIONAL MATO-GROSSENSE

---

DOI: 10.5700/rege549

ARTIGO – ADMINISTRAÇÃO GERAL

*Nereida Maria Guabiroba Coelho Barros*

Mestre em Administração pela Faculdade Novos Horizontes – Belo Horizonte-MG, Brasil

Graduada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas da Fundação Mineira de Educação e Cultura

E-mail: nereidacbarros@hotmail.com

Recebido em: 13/5/2013

Aprovado em: 29/12/2014

*Luiz Carlos Honório*

Pesquisador e Professor Titular da Faculdade Novos Horizontes – Belo Horizonte - MG, Brasil

Doutor e Mestre em Administração pelo CEPEAD/FACE/UFMG

Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MG

E-mail: luiz.honorio@unihorizontes.br

### RESUMO

Este artigo, baseando-se na Psicodinâmica do Trabalho, analisa os riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros que atendem emergência em um hospital público mato-grossense. Realizou-se uma pesquisa descritiva qualitativa por meio de entrevista semiestruturada, inspirada no Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), de Mendes e Ferreira (2007). Os núcleos de sentido que emergiram do estudo revelaram que o contexto dos pesquisados é demarcado pelo ritmo intenso de trabalho, pela precariedade das condições laborais e por relações socioprofissionais enfraquecidas pela falta de integração. O trabalho que executam exige estado constante de concentração e alerta, escolha de atendimento a pacientes, situações que provocam dores no corpo, problemas gástricos e desgaste emocional decorrente do fato de lidarem cotidianamente com a vida e a morte. Os entrevistados disseram ter prazer no que fazem porque salvam vidas, possuem liberdade para expressar opiniões e são reconhecidos por colegas, pacientes e familiares. Todavia, sofrem com a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos e as deficiências de ordem gerencial. A inteligência astuciosa, o uso da espiritualidade, o individualismo e o isolamento estão entre os mecanismos mais utilizados pelos profissionais para a mediação do sofrimento no trabalho.

**Palavras-chave:** Adoecimento no Trabalho, Emergência, Médico, Enfermeiro.

## **RISKS OF ILLNESS IN THE WORK OF DOCTOR AND NURSES OF REGIONAL HOSPITAL IN MATO GROSSO**

### **ABSTRACT**

*This article, based on the Psychodynamics of Work, analyzes the risks of illness in the work of doctors and nurses who attend emergency cases in a public hospital of Mato Grosso, Brazil. A qualitative descriptive research through semi-structured interviews was conducted, inspired by the Inventory of Work and Risks of Illness (ITRA) developed by Ferreira and Mendes (2007). The units of meaning that emerged from the study revealed that the context of respondents is marked by an intense work routine, by a precarious working condition and by a weakened social and professional relationship, caused by a lack of integration. Their work requires constant state of concentration and alertness, screening of most urgent patients, situations that cause body aches, stomach problems and emotional distress, due to the fact they face life or death situations on a daily basis. Respondents claim to be pleased in work, because they save lives, are free to express opinions and are recognized by colleagues, patients and their family. However, they suffer from work overload, lack of resources and a management deficiency. The cunning intelligence, the use of spirituality, the individualism and the isolation are some of the mechanisms that these professionals use to deal with such stressful work.*

**Key words:** *Illness in Work, Emergency, Medical Doctor, Nurse.*

## **RIESGOS DE ENFERMEDAD EN EL TRABAJO DE MÉDICOS Y ENFERMEROS EN UN HOSPITAL REGIONAL DEL ESTADO BRASILEÑO DE MATO GROSSO**

### **RESUMEN**

*Este artículo, tiene como base la Psico-dinámica del Trabajo, analiza los riesgos de enfermedad en el trabajo de médicos y enfermeros que atienden las emergencias en un hospital público del estado brasileño de Mato Grosso. Se realizó una investigación descriptiva cualitativa a través de entrevista semi-estructurada, inspirada en Inventario de Trabajo y Riesgos de Enfermedad (ITRA), de Mendes y Ferreira (2007). Los núcleos de sentido que surgieron del estudio revelaron que el contexto de los encuestados está delimitado por el ritmo intenso de trabajo, por la precariedad de las condiciones laborales y por relaciones socio profesionales debilitadas por la falta de integración. El trabajo que ejecutan exige estado constante de concentración y alerta, elección de atención a pacientes, situaciones que provocan dolores en el cuerpo, problemas gástricos y desgaste emocional derivados del hecho de enfrentarse cotidianamente con la vida y la muerte. Los entrevistados dijeron sentir placer en lo que hacen porque salvan vidas, poseen libertad para expresar opiniones y son reconocidos por colegas, pacientes y familiares. Sin embargo, sufren con la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos y las deficiencias de orden gerencial. La inteligencia perspicaz, el uso de la espiritualidad, el individualismo y el aislamiento están entre los mecanismos más utilizados por los profesionales para lidiar con el sufrimiento en el trabajo.*

**Palabras-llave:** *Enfermedad en el Trabajo, Emergencia, Médico, Enfermero.*

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho sempre acompanhou o homem em sua evolução histórica. Para garantir sua sobrevivência, as pessoas precisam trabalhar. Tratado como elemento criador de sentidos e de valores para o trabalhador, o trabalho pode ser considerado elemento constituinte da essência humana, do saber aprender de cada indivíduo, da força de coesão e da integração social (HELLER, 2000). Além de proporcionar ao indivíduo seu sustento material, o trabalho assume uma função psíquica na estrutura de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Por essa razão, a relação do homem com o trabalho torna-se um componente relevante dos processos de identidade e subjetividade (SCHWARTZ, 2011; CLOT, 2011).

Apesar de o trabalho conferir caráter construtor à vida do homem, se realizado em condições precárias pode se tornar gerador de doenças. Tendo o trabalho como fonte de prazer e sofrimento, o trabalhador reage de forma individual às condições em que ele é realizado, segundo comenta Dejours (1992). Uns adoecem; outros não. Uns sofrem mais; outros, menos. Tudo ocorre com base em seus constructos subjetivos. Essas questões têm sido estudadas pela Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours na década de 1980 a partir de estudos que realizou sobre a loucura do trabalho. As primeiras pesquisas realizadas no Brasil nesse âmbito datam do início dos anos 1990.

Em princípio, Dejours (1992) associou o adoecimento psíquico à prática laboral, apoiando-se na Psicopatologia. Posteriormente, seus estudos passaram a fundamentar-se no caráter subjetivo que as relações de trabalho produzem nos trabalhadores e nas estratégias desenvolvidas por eles para lidar com o sofrimento, culminando na disciplina chamada de Psicodinâmica do Trabalho. Pela ótica dessa disciplina, a doença se manifesta em alguns, deixando outros a salvo, respeitando-se o significado que o sofrimento assume na vida de cada indivíduo. Tal significado relaciona-se à história individual, em contraposição com as relações de trabalho. Assim, o trabalho torna-se perigoso quando faz aumentar os esforços para uma adaptação. Ou seja, quando o trabalhador se vê obrigado a reagir à rigidez ocupacional que lhe é imposta. Em resposta a essa situação, ele adota estratégias defensivas que podem ultrapassar limites suportáveis e levar ao

adoecimento, resultante do esforço excessivo à adaptação. Se não houver a possibilidade de o trabalhador exercer sua atividade laboral com liberdade e respeito à expressão de seu saber fazer, a pressão sofrida poderá se transformar em sofrimento e, conseqüentemente, em risco de adoecimento.

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

As demandas provenientes das mudanças sociais, tecnológicas e das novas formas de organização do trabalho estão presentes em todas as realidades de trabalho. Na área da Saúde, essa realidade não poderia ser diferente, pois às mudanças na relação de seus profissionais com os pacientes somam-se aquelas relacionadas ao avanço de tecnologias de diagnóstico e tratamento, à cultura de prevenção, ao aumento da expectativa de vida, ao grande crescimento demográfico e à oferta cada vez maior de profissionais no mercado (MARTINS, 2003). Rodrigues (2006) ressalta que, cada vez mais, as instituições hospitalares, apesar de sua especificidade, têm se tornado semelhantes àquelas do setor industrial, seja no sentido geral da administração, seja da utilização da tecnologia para satisfazer às demandas do “cliente”, por meio da oferta de “produtos” de qualidade. Nos hospitais, as demandas do paciente são imediatas, traduzindo-se, muitas vezes, em uma questão de vida ou morte. Por essa razão, essa realidade é bem mais complexa se comparada à das organizações industriais. De um lado, os pacientes buscam atendimento rápido e personalizado, desenvolvido por equipes multidisciplinares, que devem atuar de forma eficiente e integrada, considerando as necessidades e singularidades do usuário. De outro lado, o ambiente de trabalho nos hospitais é tenso por natureza, pois ali estão

sempre presentes a dor, a alegria, a vida e a morte. Ressalta-se, ainda, a existência de constante conflito entre as equipes multiprofissionais, que convivem em tempo integral com a disputa por espaço, poder e domínio, em uma corrida contra o tempo e a falta de condições adequadas de trabalho (PITTA, 2003). Nessa arena encontram-se os médicos e os enfermeiros, que, sem negar a importância decisiva de outros profissionais que ali atuam, ocupam posições e papéis sem os quais seria inviável o atendimento hospitalar.

No que tange aos médicos, o aumento da complexidade dos serviços prestados, os avanços tecnológicos e a caracterização da área da Saúde como negócio estão entre os elementos que pressionam a atividade desse profissional e que se somam à baixa remuneração e à perda de autonomia presentes em suas atividades (MARTINS, 2003; ISMAEL, 2005). Quanto aos enfermeiros, eles são considerados elementos-chave na concretização do trabalho hospitalar porque sua profissão implica doação, entrega e atendimento às necessidades do outro (ALVES, 1996). Entretanto, o trabalho do enfermeiro ainda é demarcado pela falta de autonomia, pela baixa autoestima e pelo estigma da enfermagem, por vezes ainda considerada prática pouco valorizada e desvinculada do profissionalismo (PITTA, 2003).

Pressupõe-se que as idiossincrasias pertencentes ao trabalho de médicos e enfermeiros até aqui relatadas, e também o fato de estes atuarem em uma unidade de emergência hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), podem conduzir ao adoecimento ocupacional. Em consonância com o parecer 55.820/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), define-se como “emergência” a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, as quais, portanto, exigem tratamento médico imediato. Considera-se que no atendimento emergencial o cuidado e a atenção para com os usuários do serviço devem ser disponibilizados em tempo hábil e necessário para o restabelecimento da vida de uma pessoa. Portanto, neste tipo de atividade exigem-se do profissional de saúde domínio de técnicas aprimoradas, autonomia, dinamismo, agilidade e capacidade de solucionar problemas pertinentes a pacientes que se encontram em estado grave. Somam-se a essas características as peculiaridades

da saúde pública hospitalar brasileira, como a superlotação dos serviços, o ritmo acelerado de produção e a baixa remuneração dos profissionais (GODOY, 2009).

Pelo fato de a unidade hospitalar participante do estudo ser a principal disponível para atendimento de uma população proveniente de 14 cidades do interior mato-grossense, realidade que deve pressionar física e mentalmente os profissionais que nela atuam, interroga-se: como se configuram as vivências em relação aos riscos de adoecimento de médicos e enfermeiros em uma unidade hospitalar pública do setor de emergência?

Para trazer respostas à pergunta colocada, a pesquisa realizada e descrita neste artigo é qualitativa e se inspira no conteúdo do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), de Mendes e Ferreira (2007). Por meio desse instrumental, é possível avaliar o contexto de trabalho, os danos causados pela realização das tarefas, as vivências de prazer e sofrimento na função e os custos que decorrem do trabalho realizado. Procurou-se, para fins de complementação do estudo, levantar quais são as estratégias de defesa utilizadas pelos médicos e enfermeiros para lidar com os riscos de adoecimento no trabalho. Acredita-se que este artigo traz como contribuição para a academia uma possibilidade de analisar em profundidade a organização do trabalho de médicos e enfermeiros adaptando-se um inventário quantitativo de pesquisa a um roteiro semiestruturado de levantamento de dados. Esse procedimento permitiu chamar a atenção para as particularidades que envolvem as relações entre a organização do trabalho e as vivências de prazer e sofrimento de profissionais que atuam no segmento da Saúde.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico do artigo está dividido em duas subseções. Na primeira, discutem-se aspectos associados ao prazer e ao sofrimento que médicos e enfermeiros experimentam no exercício da função, partindo-se de conceitos pertinentes à Psicodinâmica do Trabalho. Na segunda, abordam-se as estratégias utilizadas para a mediação do sofrimento no trabalho.

## **2.1. O prazer e o sofrimento de médicos e enfermeiros segundo a Psicodinâmica do Trabalho**

A Psicodinâmica do Trabalho, como teoria, objetiva desenvolver uma análise social e psíquica do trabalho tendo como ponto de partida a organização do próprio trabalho, para então compreender as vivências subjetivas do trabalhador, dentre elas o prazer, o sofrimento, o processo saúde-adoecimento e os mecanismos de mediação do sofrimento (MENDES, 1996; DEJOURS, 2000). O objeto de estudo da Psicodinâmica do Trabalho envolve “as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e processos de subjetivação”, ao que ela chama de “processo de atribuição de sentido, construído com base na relação do trabalhador com sua realidade de trabalho, expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos” (MENDES; FERREIRA, 2007:30). Comentam Mendes e Ferreira (2007) que essas dinâmicas envolvem a aplicação da inteligência prática, da personalidade e da cooperação, aspectos que, se articulados, podem sobrepujar a loucura do trabalho e garantir a manutenção da saúde do trabalhador quando ele é colocado em confronto com as investidas de dominação da organização. Todavia, uma vez que as ações individuais usualmente não são suficientes para fins de mudança da realidade do trabalho, importa para a psicodinâmica analisar a questão da mobilização coletiva dos trabalhadores, além de avaliar as oportunidades que a organização do trabalho oferece ao empregado para que ele possa se expressar e agir no sentido de obter prazer e emancipação na realização de suas tarefas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; MENDES; FERREIRA, 2007).

Por um lado, o trabalho pode não corresponder às necessidades e aos desejos dos indivíduos, nem oferecer a possibilidade de reconhecimento ou permitir a livre expressão de si mesmo por parte do trabalhador. Quando o indivíduo não se reconhece no que faz, seu trabalho esvazia-se de significado (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1999; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), realidade que o conduz ao sofrimento. Esse tipo de vivência deriva de deficiências relacionadas à organização do trabalho, fundamentalmente no tocante a aspectos associados ao baixo aproveitamento da criatividade e do potencial técnico, à hierarquia

rígida, à centralização das decisões, aos procedimentos burocráticos em demasia, ao ritmo excessivo de trabalho, à falta de participação nas decisões e à falta de reconhecimento e de perspectivas de crescimento profissional (DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1999; DEJOURS, 2000).

Por outro lado, o ser humano é, segundo Freud (1976), movido pelo desejo. A possibilidade de satisfazer seus desejos causa-lhe prazer. Se o trabalhador tem a oportunidade de usar a liberdade para se estruturar e se adequar ao trabalho, ele experimenta o prazer (DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1999). O trabalho também é visto como “fonte de prazer, porque possibilita ao trabalhador construir uma identidade social que o identifica e o distingue das outras pessoas, tornando-o importante e reconhecido pelos outros e pela sociedade” (HERNANDES; MACEDO, 2008:5). Convém salientar que o reconhecimento implica a noção de julgamento, que pode ser considerado pelas vias da utilidade e da estética. O julgamento pela via da utilidade está associado à contribuição do sujeito à organização do trabalho, e pode emanar de diferentes pessoas com as quais este se relaciona, como chefes, subordinados, clientes, enfim, aqueles que se beneficiam da qualidade do trabalho que ele realiza. O julgamento estético, por sua vez, deriva não só da utilidade, mas sobretudo da capacidade de um trabalhador produzir um trabalho belo, elegante, bonito e original. Por essa razão, o julgamento estético é decretado severamente pelos pares porque são eles que conhecem profundamente as regras da arte e do ofício (DEJOURS, 2012). Segundo Dejours (2012:367), “é graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho”. Portanto, valorização, liberdade, realização, gratificação, capacidade de aprendizagem, reconhecimento e orgulho pelo que se faz estão entre os indicadores que evidenciam a presença do prazer no trabalho (LOURENÇO; FERREIRA; BRITO, 2013).

Trazendo a discussão para a ambiência do artigo, o trabalho médico tem por finalidade promover a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Ou seja, tem por objetivo produzir saúde nos âmbitos individual e coletivo (MARTINS, 2003). Segundo Lima Júnior e Castanha (2011), os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e do

cuidado com a saúde, mesmo que estejam atuando com uma equipe composta de outros profissionais. São os tomadores de decisões na condução do processo de diagnóstico e tratamento do paciente, tendo como ofício o ato de lidar cotidianamente com a evolução da doença, que, invariavelmente, inclui dor, padecimento e morte. O trabalho torna-se penoso para este profissional, uma vez que ele não tem controle sobre um contexto de trabalho pesado, de esforços físicos e mentais que levam ao sofrimento e ao adoecimento.

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

Santos Filho (2007) argumenta que um dos problemas mais evidentes no trabalho em saúde reside na precarização dos ambientes e das condições de trabalho, assim como na omissão e negação de direitos aos profissionais que atuam neste segmento. Costa (2006) menciona pesquisa confirmando o quanto é desgastante o trabalho médico. Os principais fatores de desgaste assinalados no estudo foram: excesso de atividades, empregos em vários locais, condições precárias de trabalho, baixa remuneração, perda de autonomia e conflitos contornados pela cobrança dos pacientes. Além desses elementos, os efeitos do estresse no trabalho sobre a vida pessoal e familiar, a obrigação de tomar decisões acertadas, a falta de reconhecimento da importância de seu trabalho para os outros e a necessidade de manter-se atualizado constantemente são também indicativos de pressão no trabalho desta categoria (SWANSON; POWER; SIMPSON, 1998; COMBER *et al.*, 2002). O conjunto desses fatores prejudica o reconhecimento do profissional e pode resultar em sofrimento no trabalho, segundo comenta Dejours (1999).

Outro aspecto apontado pela Psicodinâmica do Trabalho como gerador de sofrimento é a divisão do trabalho, que no caso do trabalho médico nos hospitais, conforme aponta Pitta (2003), reproduz o modo de produção capitalista, embora a complexidade da medicina e as inovações tecnológicas reforcem a necessidade de especializações. Para Martins (2003), as especializações disciplinares e a recente implantação da medicina tecnoutilitarista adequaram-se pragmaticamente à divisão do trabalho.

De acordo com Silva (2001), a fragmentação dos serviços de saúde constitui um sério problema observado no trabalho médico. O profissional não reconhece o produto final de seu trabalho. Ou seja, ele não reconhece sua obra, pois ela deixa de existir em virtude de que os serviços de saúde têm como característica atual serem conduzidos por profissionais especialistas, que perdem a visão holística do paciente. Nessa circunstância, elementos fundamentais ao processo de cura deste paciente não se estabelecem, tais como o vínculo e a responsabilização. Essa fragmentação traz como consequência a desumanização do atendimento médico, situação que produz efeitos diretos na saúde dos pacientes e dos próprios médicos, como o desgaste profissional (SILVA, 2001).

Os enfermeiros, da mesma forma que os médicos, também se expõem ao sofrimento e aos riscos de adoecimento no trabalho, principalmente quando atuam em unidades de emergência. A literatura evidencia que a enfermagem entra no grupo das profissões que mais enfrentam riscos de adoecimento de natureza física, química, biológica e psíquica (FIELDING; WEAVER, 1994; KIRKCALDY; MARTIN, 2000; DAL PAI, 2007). A complexidade dos inúmeros procedimentos, a elevada responsabilidade na tomada de decisões, os acidentes de trabalho, as interrupções frequentes decorrentes de imprevistos, os prazos apertados para o desempenho das tarefas, o trabalho por turno, a falta de apoio gerencial, a escassez de profissionais em atuação e o contato com a dor de pacientes e familiares são apontados pela literatura como aspectos que aumentam sobremaneira as vivências de angústia e ansiedade do profissional de enfermagem (McGRATH; REID; BOORE, 2003; CORONETTI *et al.*, 2006; SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN,

2011; HAPPEL *et al.*, 2013). A totalidade desses elementos sinaliza que demandas cognitivas e emocionais decorrentes do trabalho tanto estimulam a capacidade de desenvolver habilidades para a resolução de problemas quanto potencializam o sentimento de exaustão no exercício das atividades (VAN DEN TOOREN; DE JONGE, 2008).

O fato de o enfermeiro conviver rotineiramente com a vida e a morte no trabalho introduz, adicionalmente, uma carga psíquica causadora tanto de sofrimento quanto de prazer em sua função (KUENZER, 2004; VAN DEN TOOREN; DE JONGE, 2008). De um lado, Lima Júnior e Ésther (2001) comentam que as mortes de crianças, pessoas jovens e pacientes que se encontram há muito tempo internados são as mais difíceis de serem elaboradas. De outro lado, obter sucesso em procedimentos que salvam a vida do paciente é considerado algo extraordinário, motivo de regozijo, prazer e realização no trabalho de enfermagem (DAL PAI; LAUTERT, 2008). O ato de cuidar de alguém que se encontra em estado fragilizado e de dependência acarreta os sentimentos de utilidade e nobreza no relacionamento social que se estabelece entre enfermeiro e paciente. Além disso, a variabilidade que acompanha a saúde de um paciente em estado crítico requer do enfermeiro capacidade de trabalhar com o que está além do prescrito, algo que confere significado e personalidade no exercício das funções (SHIMIZU *et al.*, 2011). Essa aptidão pode propiciar ao enfermeiro o tipo de reconhecimento que Dejours (2012) denomina de “julgamento estético”, uma vez que ele resulta de um trabalho executado de forma bela e original.

Outro ponto que pressiona os enfermeiros diz respeito ao fato de eles considerarem sua conduta influenciada pela posição desprivilegiada que ocupam na divisão do trabalho hospitalar, comparativamente aos médicos, fato que geralmente culmina em uma relação conflituosa entre os profissionais (TABAK; KOPRAK, 2007; DAL PAI; LAUTERT, 2008). Conforme pontuam Hemingway e Smith (1999), o conflito e a ambiguidade, elementos inerentes ao exercício da enfermagem, decorrem dessa divisão e surgem de demandas usualmente diferentes entre médicos e *staff* administrativo. Não obstante a existência dessa divisão, os enfermeiros consideram que no trabalho de emergência esse tipo de problema é

amenizado pela necessidade de atuação intelectual diante do risco de morte. Essa característica permite que a equipe de enfermagem atue na concepção do trabalho, tornando possível seu controle sobre a forma como ele é organizado. Nessa situação, a familiaridade dos profissionais de enfermagem com o mundo do trabalho lhes confere maior poder e, assim, oportuniza espaço para a realização de desejos e necessidades.

Todavia, em razão da superlotação dos serviços de emergência, apesar de toda a incorporação tecnológica que os acompanha, não se tem observado uma economia da força de trabalho dos profissionais de saúde, que permanece sustentada essencialmente pelo labor intensivo e pela desigualdade nos níveis de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho, sobrecarregando uns mais que outros. A superlotação, além de influenciar diretamente o volume e o ritmo de trabalho, traz sofrimento para os enfermeiros, no sentido de que eles são forçados a fazer escolhas que determinam para quem destinar a atenção quando há pacientes em circunstâncias de saúde tecnicamente semelhantes. Situações desse tipo acarretam sentimentos de culpa e conflitos pessoais, uma vez que comportamentos adotados nessa direção seriam considerados injustos, desumanos e desprovidos de ética e compromisso social (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

Outro dilema ocorre na atuação de enfermeiros no setor de emergência quando cabe a eles dispensar alguns pacientes. Os usuários cujo estado de saúde é considerado “não urgente” precisam ser informados de que o serviço, para seu caso, não está disponível naquele local. Para os enfermeiros, essa é uma posição árdua e angustiante, pois compreendem sua tarefa como não resolutiva, por constatarem que, em muitos casos, não há para onde encaminhar essas pessoas. Dessa ação emerge o sofrimento, pois o que é feito nessa direção fica desprovido de sentido. Dito de outra maneira, seria o mesmo que negar-lhes o atendimento (DAL PAI; LAUTERT; 2008).

Em síntese, o cotidiano de médicos e enfermeiros do trabalho de emergência evidencia que, mesmo em meio a muitas dificuldades enfrentadas no dia a dia, o benefício do trabalho para a saúde está no valor simbólico da atuação, ou no atributo moral da atuação. Para Cecílio (1997), mesmo que o trabalho desses profissionais

seja considerado desgastante, observa-se um sabor especial em realizá-lo, pois se trata da execução das tarefas assistenciais, que se apresentam como mediadoras da realização pessoal e profissional. Como decorrência disso, há a possibilidade de executar cuidados diretos com o paciente, além de visualizar o resultado imediato da aplicação de seu saber fazer.

## 2.2. Estratégias para lidar com o sofrimento no trabalho

Segundo comenta Dejours (2004), dois princípios orientam a organização do trabalho na atualidade: i) a avaliação quantitativa e objetiva do trabalho; ii) a individualização. Quanto ao primeiro princípio, o autor diz que as inúmeras avaliações pelas quais passam os trabalhadores resultam em injustiças por um lado, e, por outro lado, funcionam como instrumentos de controle e intimidação porque pretendem afastar a subjetividade das discussões sobre o trabalho. Já o segundo princípio, sustentado pelos contratos objetivos de trabalho e pela avaliação individualizada do desempenho, acirra a competição entre os trabalhadores e as equipes de trabalho, o que conduz a relações desleais e destituídas de solidariedade. É notável que tais princípios resultam em crescimento considerável da produtividade e da riqueza, contudo potencializam o agravamento das patologias decorrentes do trabalho, como a depressão, o suicídio, o assédio, a sobrecarga e a violência.

Realidade como a descrita anteriormente expõe o trabalhador ao risco e ao sofrimento, levando-o a desenvolver estratégias de mediação, marcadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, de modo que possa suportar as condições adversas no trabalho, minimizar o sofrimento e evitar o adoecimento. Essas estratégias defensivas transformam o funcionamento psíquico das pessoas, alterando seus processos mentais no trabalho e fora dele. Trata-se de mecanismos de defesa que, consciente ou inconscientemente, são construídos pelos indivíduos para protegê-los das situações nocivas à sua saúde no trabalho. Surgem quando a organização do trabalho é bloqueada em virtude da dificuldade de negociação entre as forças do sujeito e as forças oriundas dos interesses organizacionais (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1999).

As estratégias de defesa são específicas das

categorias profissionais que as adotam, podendo ser individuais e coletivas. A diferença entre os mecanismos de defesa individuais e os mecanismos de defesa coletivos está no fato de que os primeiros permanecem sem a presença física do objeto, já que estão interiorizados. Os segundos dependem da presença de condições externas e se mantêm no consenso de um grupo de trabalhadores (DEJOURS *et al.*, 1994). Entre esses mecanismos, encontram-se: a racionalização, a sublimação, a ressonância simbólica, a inteligência astuciosa e o uso da palavra.

A racionalização acontece quando um indivíduo busca justificativas para minimizar as situações dolorosas e desagradáveis vivenciadas no ambiente ocupacional. A sublimação diz respeito a um processo inconsciente pelo qual um impulso é modificado de modo a se ajustar ou ficar em conformidade com as demandas da organização. Ou seja, é um mecanismo utilizado para compensar frustrações, mesmo que isso ocorra momentaneamente. A ressonância simbólica está relacionada ao enfrentamento das situações concretas vivenciadas pelo indivíduo, de modo que ele possa refletir sobre seu questionamento interior, dar continuidade a ele e delinear sua história. A ressonância simbólica, pelo que se conceitua, é um requisito individual do mecanismo de defesa chamado de inteligência astuciosa, que diz respeito à capacidade do trabalhador de realizar ajustes na organização produtiva no momento em que se vê diante de situações inéditas ou inesperadas de trabalho. Assim, a inteligência astuciosa caracteriza-se por ser um mecanismo que privilegia a habilidade, a invenção e a criatividade, em detrimento da força. Finalmente, a transformação do sofrimento em iniciativa e mobilização criativa requer o mecanismo do uso da palavra, que deve se manifestar em um espaço que favoreça a discussão e a expressão pública das opiniões (DEJOURS *et al.*, 1994).

As defesas são constituintes da saúde do trabalhador, embora possam funcionar como uma armadilha, gerando alienação. A alienação se constrói quando essas defesas se transformam em ideologia defensiva, que pode mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave e específica de um grupo social. De qualquer modo, considera-se que as defesas contra o sofrimento são necessárias, embora deva ser levado em conta



que o trabalho como local de prazer é mais importante para a dimensão psíquica, fundamentalmente no que se refere ao reconhecimento, valorização e fortalecimento dos trabalhadores. Vale pontuar que a busca da saúde e do prazer está sempre em construção, constituindo-se em um processo inacabado (LANCMAN; SNELWAR, 2004).

### 3. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa descritiva (VERGARA, 2007) e de caráter qualitativo (MINAYO, 2007), com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos riscos de adoecimento a que estão sujeitos médicos e enfermeiros que atuam em uma unidade hospitalar emergencial. Trata-se de um hospital público estadual que presta atendimento exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo

serviços de média e alta complexidade à população do sul do Estado de Mato Grosso em diversas especialidades médicas. Os sujeitos da pesquisa, escolhidos por acessibilidade, foram 11 profissionais que atendem na emergência, dos quais 5 médicos e 6 enfermeiros. A escolha desses profissionais levou em consideração o fato de serem responsáveis pelo tratamento e pelo cuidado direto com o paciente em estado grave, e estarem envolvidos com uma dinâmica de trabalho que os expõe ao prazer, ao sofrimento e aos riscos de adoecimento.

O perfil dos entrevistados encontra-se no Quadro 1. Ressalva-se que a grande maioria é experiente na função e conhece muito bem a realidade que vivencia, pois possui mais de 10 anos de atuação tanto na profissão quanto na instituição pesquisada.

**Quadro 1 – Perfil dos profissionais entrevistados**

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

Fonte: Dados da pesquisa.

A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada (TRIVIÑOS, 1987), cujo roteiro foi elaborado a partir do conteúdo do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA (MENDES; FERREIRA, 2007), que avalia o contexto do trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais), os danos relacionados ao trabalho (físicos, sociais e psicológicos), o sentido do trabalho (vivências de prazer e sofrimento no trabalho) e os custos humanos decorrentes do trabalho (físicos, cognitivos e afetivos). O roteiro se completou com uma questão que investigava as estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho. As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2012.

Os dados, após terem sido gravados e

transcritos, foram submetidos à Análise dos Núcleos de Sentido (ANS), técnica adaptada pelos criadores do ITRA a partir dos pressupostos da análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (2004).

A ANS consiste no desdobramento do texto em unidades formadas a partir da investigação dos temas psicológicos que sobressaem no discurso. Sua finalidade é agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido. Deve-se considerar na interpretação os significados revelados nos núcleos. O *status* do núcleo de sentido é dado pela força dos temas, que, ao serem recorrentes, criam consistência em torno do núcleo. A partir desses pressupostos, os nomes de cada núcleo emergiram da fala dos entrevistados,

e foram alinhados às categorias e subcategorias relacionadas às dimensões do ITRA. Dez (10) núcleos de sentido emergiram da análise, conforme pode ser visto na próxima seção, que trata da apresentação dos dados.

#### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Antes de apresentar e discutir os núcleos de sentido revelados, é oportuno fazer uma breve apresentação da instituição de saúde pesquisada. O Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovanella é uma instituição pública de âmbito estadual, planejada com o objetivo de atender ao processo de descentralização do atendimento em saúde preconizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 do SUS. A construção do hospital iniciou-se em 1991, mas sua inauguração ocorreu após 11 anos de funcionamento precário.

O hospital é responsável pelo atendimento da população de 14 municípios consorciados. Essa população atinge mais de 500 mil habitantes, gerando cerca de 2.000 atendimentos mensais. É também porta de entrada para usuários encaminhados via Central Estadual de Regulação, para os casos de urgência e emergência encaminhados pelo Pronto Socorro Municipal, para o atendimento básico de saúde e, ainda, para os pacientes transportados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Os núcleos de sentido gerados pelas falas dos entrevistados, que podem ser vistos no Quadro 2, foram organizados em conformidade com as categorias e subcategorias de análise correspondentes às quatro dimensões do ITRA, incluindo-se a categoria pertinente às estratégias de mediação do sofrimento no trabalho.

**Quadro 2 – Identificação dos núcleos de sentido**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
Contexto do trabalho	Organização do trabalho	O ritmo é muito intenso, cada minuto é um <i>flash</i> .
	Condições de trabalho	É um lugar precário, tumultuado.
	Relações socioprofissionais	Nós cobramos deles e eles cobram da gente.
Custos do trabalho	Físico e cognitivo	Você está sempre com o pensamento em alerta.
	Afetivo	É a escolha de Sophia.
Sentido do trabalho	Vivências de prazer	Eu gosto de fazer a diferença. É fascinante.
	Vivências de Sofrimento	A gente sai daqui morto, mas a gestão não valoriza.
Danos do trabalho	Socioafetivos	É muito sofrimento dar plantão nessas condições.
Estratégia de enfrentamento	--	O trabalho não é a sua vida.

Fonte: Dados da pesquisa.

O núcleo “**o ritmo é muito intenso, cada minuto é um *flash***” refere-se ao contexto de trabalho que envolve sua organização em termos de ritmo, tempo disponível para a realização das tarefas, número de profissionais para realizá-las, planejamento do trabalho e maneira pela qual os resultados são cobrados. Os relatos apontaram uma situação de trabalho tensa, uma vez que não se pode planejar as tarefas ou estabelecer uma rotina que facilite e organize sua realização. Na percepção dos entrevistados, o ritmo é exaustivo, acelerado e dependente da demanda existente. Na opinião de dois entrevistados:

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

Na emergência você tem que fazer o mais rápido possível. Chegou o acidentado, já tem que mandar para exame, já tem que coletar exame, já tem que preencher os dados, então você não tem um tempo muito longo. Só que você se habitua, você acaba sendo treinado pra isso. Na emergência é cada minuto um *flash*! Tem que estudar muito. Primeiro porque a gente

tem uma demanda de acidentados muito grande, acho que Rondonópolis deve ter o maior número de acidentes de moto do Mato Grosso (E4).

A totalidade dos entrevistados concorda que o ritmo de trabalho na emergência é exaustivo, em razão da grande demanda. O aumento da demanda e a superlotação nas unidades hospitalares, de acordo com Lima Júnior e Ésther (2001), são frutos não só do crescimento da população, mas de um conjunto de fatores, como o baixo número de hospitais de média e alta complexidade e o aumento da violência e dos acidentes. Ainda, segundo argumenta Alves (1996), as instituições hospitalares que compõem a realidade brasileira são locais de aglutinação de pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, assistidos por trabalhadores diversos, onde a rotina da unidade de urgência e emergência implica o agir imediato. O número de pacientes que necessitará de atendimento imediato é imprevisível, e faz com que a prática na emergência tenha um ritmo acelerado, expresso como correria. O quadro temporal é marcado pela urgência, pelo ritmo e pela jornada de trabalho extensa (COMBER *et al.*, 2002). Existe a pressão pela rapidez, pontualidade e regularidade na realização das tarefas, relacionada à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (COSTA, 2006). Em relação ao número de profissionais prestando serviço, foi considerado pequeno pelos entrevistados, razão pela qual o tempo ficaria ainda mais corrido (CORONETTI *et al.*, 2006).

Deve ser adicionalmente considerado que a quantidade e a complexidade dos casos que podem dar entrada na unidade são fatores determinantes no estabelecimento da prioridade dada à agilidade nas ações de cuidado. Salienta-se que o objetivo do serviço de emergência é prestar o primeiro atendimento, ou seja, estabilizar hemodinamicamente o paciente e encaminhá-lo aos setores que deem continuidade à assistência necessária, ou até liberá-lo. As ações são direcionadas pela equipe, para que sejam tomadas decisões sobre o tratamento necessário, que envolve a realização de exames, cirurgias, condutas terapêuticas, procedimentos diversos, permanência do paciente em observação e encaminhamento para a UTI (DAL PAI, 2007). É oportuno mencionar que as deficiências na organização do trabalho, conforme observadas nos relatos, podem limitar a realização do projeto

espontâneo e prazeroso pelo trabalhador, dificultar que ele se reconheça no que faz e esvaziar o significado de sua tarefa, conjunto de sentimentos que conduz ao sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1996, 1999; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Neste estudo, verificou-se que a organização do trabalho no hospital pesquisado, além de não corresponder aos anseios dos médicos e enfermeiros entrevistados, pode prejudicar a prestação de um atendimento de qualidade aos pacientes.

**“É um lugar precário, tumultuado”** caracteriza o núcleo de sentido relacionado às condições de trabalho que, na opinião dos entrevistados, envolve o ambiente físico inadequado ao funcionamento eficaz das tarefas, decorrente da falta de espaço causado pela superlotação nos locais de atendimento, da falta de segurança associada à violência urbana, dos riscos de contaminação oriundos da má utilização de equipamentos de proteção individual, do sucateamento dos equipamentos e da baixa qualidade do material de consumo. Esse conjunto de aspectos denota a precarização do ambiente e das condições de trabalho (SANTOS FILHO, 2007) e potencializa o desenvolvimento de exaustão no exercício das atividades (VAN DEN TOOREN; DE JONGE, 2008). As consequências dessa realidade são as elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação das emergências, o que redundava em carência de recursos humanos, estrutura física inadequada e precariedade ou falta de equipamentos e de materiais para o atendimento. Em um ambiente com essas características, evidenciam-se a sobrecarga de trabalho, o sentimento de desperdício da vocação maior do serviço, que seria salvar vidas, e a subutilização do preparo técnico dos profissionais (GODOY, 2009). Ainda, as unidades de emergência, conforme aponta Godoy (2009), descortinam um cenário caótico em que se misturam problemas clínicos agudizados e todo o tipo de sofrimento psíquico associado à condição social de desproteção e fragilidade da população. A respeito dessa consideração da autora, o depoimento de um médico é contundente, pois ele dizia “[...] então às vezes você colocava uma criança num box que chegava em parada cardíaca, e do lado tinha um esfaqueado, e você tinha que tratar junto”.

Paradoxalmente, os médicos que devem ser responsáveis pela saúde da população não são objeto de preocupação das instituições hospitalares no tocante à promoção e manutenção de sua saúde (LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001). Embora Dejours *et al.* (1994) considerem que não existem condições de trabalho ideais, a interação entre o trabalhador e seu ambiente laboral também é demarcada pelas condições adequadas de trabalho, pelas representações relativas à organização do trabalho e pelas relações socioprofissionais. De acordo com Mendes (1999), as condições de trabalho são tidas como elementos estruturais de suporte à realização das tarefas, funcionando como estruturantes psíquicos se forem favoráveis ao desempenho do trabalhador. Quando precárias, exigem do indivíduo esforço adicional para que ele demonstre capacidade de lidar com a realidade do contexto de produção.

A análise dos dados na dimensão das relações socioprofissionais permitiu verificar que a desigualdade na distribuição de tarefas, as disputas e a falta de integração entre as categorias profissionais pesquisadas fizeram emergir o núcleo de sentido “**Nós cobramos deles e eles cobram da gente**”. Uma parte significativa dos relatos indicou que o relacionamento entre médico e enfermeiro é tenso e desgastante porque a comunicação entre eles nem sempre é satisfatória, envolvendo ordens contraditórias no cotidiano de trabalho (HEMINGWAY; SMITH, 1999; TABAK; KOPRAK, 2007). Alguns enfermeiros se manifestaram dizendo que apenas a palavra do médico vale, acreditando que isso decorre historicamente de um contexto que não permitiu a evolução da profissão de enfermeiro (DAL PAI; LAUTERT, 2008). Por essa razão, os enfermeiros se queixam de que o reconhecimento na maioria das vezes é para com o médico e não para com a equipe como um todo. Alguns médicos se posicionaram dizendo que é necessário deixar claro qual é a função de cada profissional, cabendo às partes respeitar o que uma solicita da outra. Não obstante a existência desse descompasso, o sentimento de cumplicidade faz parte do relacionamento entre os profissionais, fundamentalmente no momento em que um paciente corre risco de morte. Enfim, de acordo com Gaulejac (2011), o acirramento da competição é uma característica marcante do mundo contemporâneo. Além disso, os relatos

obtidos dos entrevistados evidenciam a solidão e o isolamento no trabalho, potencializados pelas relações enfraquecidas que acentuam a vivência do sofrimento e a vulnerabilidade às doenças (DEJOURS, 2004). Vale comentar que, apesar de cada profissional possuir um papel definido na equipe, a constante interação entre eles é primordial para que as demandas do paciente sejam supridas. O compromisso compartilhado de ações e saberes entre os profissionais torna-se imperativo para que o trabalho seja realizado de forma harmoniosa, em direção a um objetivo comum: o paciente (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

A dimensão do ITRA que avalia os custos humanos no trabalho, relacionada ao dispêndio de esforços de natureza física, cognitiva e afetiva, permitiu que os dados colhidos fizessem emergir dois núcleos de sentido: “**Você está sempre com o pensamento em alerta**”, de natureza físico-cognitiva, e “**É a escolha de Sophia**”, de cunho afetivo. As dores nas pernas e na coluna decorrentes da rotina de ficar em pé e de carregar pacientes, o esforço mental e a concentração constantes para resolver problemas inesperados e as alterações do sono oriundas dos plantões foram apontados pelos entrevistados como os indicadores físico-cognitivos mais relevantes que vivenciam no trabalho. Para eles, esse estado de coisas exige alerta constante em resposta às demandas que se apresentam no trabalho. Dito de outra forma, eles precisam fazer uso do corpo de forma útil e disciplinada para se adaptarem à organização do trabalho (FOUCAULT, 1996), mesmo que as condições em que isso ocorra sejam ergonomicamente inadequadas. Vale ressaltar que os esforços físicos, cognitivos e afetivos podem tanto estimular a capacidade de desenvolver habilidades para a resolução de problemas quanto potencializar o sentimento de exaustão no exercício das atividades (VAN DEN TOOREN; DE JONGE, 2008).

Quanto ao custo afetivo, a angústia de lidar com a iminência da morte (KUENZER, 2004; VAN DEN TOOREN; DE JONGE, 2008) e a necessidade de eleger algo a respeito da vida de um paciente foram apontadas como os indicadores que mais impactam os profissionais pesquisados. A esse respeito, um médico comentou “[...] você tem um leito só de UTI. Quem você vai levar? Você leva o que tem melhor prognóstico? Seria aquele que poderia se beneficiar mais de um

tratamento desse tipo, mas... é a escolha de Sophia”. Para Lima Júnior e Castanha (2011), o médico, apesar de atuar em equipe, é o tomador de decisões no que concerne aos serviços prestados ao paciente, principalmente àquele que se encontra em estado grave. Ainda que as decisões sejam pautadas em critérios éticos ou em normas organizacionais, os profissionais que as tomam não ficam livres do sofrimento ou do sentimento de culpa (DAL PAI; LAUTERT, 2008) por terem de fazer escolhas ou definir prioridades. Diante de situações inéditas e imprevisíveis, que usualmente fazem parte das unidades de emergência, é necessário mobilizar um tipo de mecanismo que Dejours (1999) chama de inteligência astuciosa, ou seja, a capacidade de adotar procedimentos mais eficazes, deixando de utilizar apenas os modos operatórios prescritos (SHIMIZU *et al.*, 2011).

“**Eu gosto de fazer a diferença**” e “**É fascinante**” revelaram-se como núcleos de sentido relativos às vivências de prazer no trabalho. Nestes núcleos, os entrevistados relataram a identificação com o que fazem, a motivação para trabalhar, a realização profissional, a liberdade de expressão, a confiança entre os colegas, o reconhecimento do paciente e a admiração sentida pela profissão. Para Lhuilier (2011), o trabalho é libertador quando o sujeito consegue atribuir-lhe sentido, reconhecer-se naquilo que faz e imprimir sua marca. É no trabalho que o sujeito encontrará os elementos que vão participar da construção de sua identidade (HERNANDES; MACEDO, 2008). Os entrevistados também relataram suas experiências em salvar vidas com um orgulho intenso (DAL PAI; LAUTERT, 2008). Sentirem-se úteis, reconhecidos e valorizados lhes proporciona bem-estar, percebido por eles como vivência de prazer em relação ao trabalho (DEJOURS, 2012; LOURENÇO; FERREIRA; BRITO, 2013). Todos os entrevistados admitiram experimentar vivências dessa natureza, pela possibilidade de colocar seu trabalho à disposição do outro. Assim se verifica na fala de um enfermeiro:

Adoro o que eu faço. Adoro o campo de trabalho em que eu vivo, porque, como eu te falei, esse imprevisível é fascinante, esse imprevisível nos chama a atenção. E só o fato de você poder em trinta segundos, em um minuto, poder salvar a vida de uma pessoa, poder falar

“Olha, eu salvei a vida dela”, isso é gratificante, não tem dinheiro que pague isso (E1).

O equilíbrio entre as vivências de prazer e sofrimento, segundo comenta Dejours (2012), é possibilitado pelo reconhecimento, que pode ser experimentado pelas vias da utilidade e da estética. Tendo em vista a opinião dos enfermeiros sobre o reconhecimento que experimentam no trabalho, a via que parece direcionar esse tipo de sentimento se associaria à noção de utilidade, uma vez que os pacientes e seus familiares são os principais beneficiados da qualidade do trabalho que os enfermeiros realizam.

Vale acrescentar que o reconhecimento pelo outro é indispensável para a validação de uma descoberta de êxito na confrontação com o real. Para a Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento, o valor dado pelo outro, a contribuição do sujeito para a organização do trabalho, a apreciação relativa da utilidade técnica, social ou econômica, tudo isso é formulado pela hierarquia da organização, pelos pares e, até mesmo, pelos clientes. É por meio da singularidade do trabalho e de maneiras novas do saber fazer que o reconhecimento é validado. Ele pode conferir ao trabalho o significado que possibilita a obtenção do prazer e, até mesmo, a transformação do sofrimento em prazer (DEJOURS, 2012). Graças ao reconhecimento, trabalhar não é apenas produzir bens ou serviços, é também se transformar. Foi possível perceber nos depoimentos colhidos a consciência dos profissionais sobre suas competências relativas ao saber fazer, ao decidir com rapidez e ao domínio técnico, o que lhes confere a vivência de uma experiência sublime que traz recompensas sociais de gratidão e admiração, uma vez que realizam algo relacionado a salvar vidas (DAL PAI; LAUTERT, 2008). Essa realidade remete à afirmação de Dejours (1992), quando o autor argumenta que os trabalhadores não buscam trabalho sem sofrimento, mas lutam para superá-lo, buscando tirar proveito dele para se fortalecerem.

No tocante às vivências de sofrimento no trabalho, a análise evidenciou o núcleo de sentido denominado de “**A gente sai daqui morto, mas a gestão não valoriza**”. Os médicos e enfermeiros entrevistados expressaram diferentes formas de vivência de sofrimento, com destaque para a insatisfação com a gestão do hospital no tocante à

rigidez hierárquica, impessoalidade das relações, falta de participação dos trabalhadores nas decisões relativas à organização do trabalho e baixa remuneração pelos serviços prestados, conjunto de coisas que mais uma vez denota a precarização do ambiente e das condições de trabalho (McGRATH *et al.*, 2003; COSTA, 2006; CORONETTI *et al.*, 2006; SANTOS FILHO, 2007; SHIMIZU *et al.*, 2011; HAPPEL *et al.*, 2013). O conjunto desses fatores é notadamente reconhecido pela literatura como gerador de sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994; MENDES, 1996, 1999). Adiciona-se à discussão a sobrecarga emocional que os profissionais pesquisados vivenciam em razão do desgaste de trabalhar em um local que nem sempre oferece os recursos necessários ao atendimento do paciente, por deficiência seja do próprio hospital, seja do sistema de saúde pública no Brasil. Conforme observado nos relatos, esses sentimentos culminam na sensação de frustração e impotência e abalam as relações entre os profissionais da saúde e os pacientes, o que muitas vezes resulta em agressões físicas por parte de pessoas descontentes com o sistema de saúde brasileiro. No caso específico dos médicos, a dificuldade de comunicar diagnósticos de doenças consideradas graves foi apontada como um elemento que os sobrecarrega emocionalmente, o que acaba redundando na dor contida diante da inevitabilidade de um prognóstico de vida desfavorável. Certamente, sentimentos dessa natureza acarretam sofrimento e aumentam significativamente os riscos de adoecimento no trabalho (MENDES, 1999).

Quanto aos danos do trabalho, o núcleo de sentido que emergiu dos depoimentos foi “**É muito sofrimento dar plantão nessas condições**”, sustentado fundamentalmente por problemas psicossociais e físicos, tais como: proximidade com a dor e a morte; padecimento dos pacientes, impotência diante de esforços fracassados; dores no corpo; depressão; problemas gástricos, entre outros (LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001; LIMA JÚNIOR; CASTANHA, 2011). No que se refere aos aspectos de envolvimento com a dor e a morte de pacientes, o depoimento de um médico é bastante ilustrativo:

[...] Essa criança, a gente não conseguia ventilar ela. Testamos todos os ventiladores da emergência, testamos todas as saídas de oxigênio, para ver se era problema na saída.

Entrei em contato com uma médica de Cuiabá, que é uma intensivista. Troquei ideia com ela, tudo certinho. Estava fazendo tudo certinho, e essa criança não respondia, não respondia. Passei a madrugada inteira ambuzando essa criança, revezando eu, o físico e a enfermeira. Essa criança foi a óbito porque já estava com lesão cardíaca, de músculo cardíaco, do tempo de acidose, entendeu? Então, isso me arrasou. Tive depressão, gastrite, tive que fazer tratamento. O que mais me dói foi o que ficou, a tristeza de pensar no sofrimento daquela mãe (M3).

Os médicos e enfermeiros usualmente vivenciam “a dor e a morte como ofício”. Essas instâncias são rotinas na vida desses profissionais. Mesmo sendo algo costumeiro, lidar com as perdas é um processo doloroso e angustiante para essas categorias (LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001; LIMA JÚNIOR; CASTANHA, 2011). Nas unidades de emergência, segundo comentam Lima Júnior e Castanha (2011), há o desgaste de vivenciar o paradoxo entre o resgate da vida e a assimilação da morte, especialmente a morte de crianças ou de pessoas jovens, mais difícil de ser absorvida. Martins (2003) contribui com essa discussão dizendo que os profissionais que atuam na emergência muitas vezes se colocam no lugar do paciente ou de seu familiar, podendo levar os sentimentos que decorrem desse tipo de situação para a vida fora do trabalho. A autora completa mencionando que o convívio com situações dessa natureza constitui um indicador de sofrimento no trabalho para toda a equipe de atendimento.

Os entrevistados afirmaram que “**O trabalho não é a sua vida**”, sendo este o núcleo de sentido que aglutina as estratégias que eles utilizam para se protegerem do sofrimento no trabalho. Neste núcleo, eles revelam que o trabalho não pode corresponder a todos os seus investimentos, e destacam a importância de outras dimensões de sua vida, algo que reforça o raciocínio de Lunardi Filho e Mazzili (1996) de que a vida das pessoas não pode se reduzir ao trabalho, não obstante sua compreensão não poder se dar em sua ausência. Segundo Dejours (1992), as estratégias assumem papel indispensável na evitação da desestabilização psíquica, de modo que o indivíduo possa equilibrar a relação subjetiva que estabelece com a organização do trabalho e, conseqüentemente, evitar a possibilidade da loucura. Para ressignificarem o sofrimento e transformar o que fazem no trabalho em fonte de

prazer (MENDES; FERREIRA, 2007; DEJOURS, 2012), os médicos e enfermeiros pesquisados disseram estar revendo os valores pertinentes ao equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional (ressonância simbólica), utilizando a inteligência astuciosa por meio da experiência acumulada ao longo da função, fazendo uso de brincadeiras e piadas para descontrair e conferir ao trabalho um clima de leveza, recorrendo a práticas religiosas ou de cunho espiritual (sublimação) e, por fim, adotando o individualismo e o isolamento como mecanismos consequentes do medo de se expor, da pressão exercida pela organização ou da falta de confiança nos colegas. Sobre a revisão dos valores como forma de equilibrar a vida pessoal com a profissional, o depoimento de uma médica é elucidativo:

[...] eu dei uma sacudida em mim e falei: Não! Está errado. Os meus valores estão errados, porque eu estou vindo trabalhar chateada. Comecei a inverter as coisas. Eu comecei a fazer as coisas que dava para eu fazer e comecei a largar o trabalho e fazer opção por gastar menos, ganhar menos, ter mais tempo para eu viajar. (M1).

Ressalta-se que as estratégias utilizadas pelos pesquisados não são coletivas, o que confirma o pressuposto teórico de que isso ocorre em razão de a organização do trabalho suscitar mecanismos de enfraquecimento das relações interpessoais, de modo a não favorecer processos participativos que possibilitem o encaminhamento de ações de trabalhadores que se sintam prejudicados ou insatisfeitos em suas ocupações (MENDES, 1999; LANCMAN; SZNELWAR, 2004; DEJOURS, 2012). Todavia, a saúde e o prazer são instâncias dinâmicas que dependem da forma pela qual os trabalhadores enfrentam as idiosincrasias e adversidades do contexto, não importando se a mobilização das estratégias para esse fim ocorre de forma individual ou coletiva. Conforme preconizado pela Psicodinâmica do Trabalho, a conquista dessas instâncias é diária, implicando um processo contínuo de construção e reconstrução do indivíduo (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados revelaram que o contexto de trabalho dos médicos e enfermeiros pesquisados é contornado pelo ritmo exaustivo de trabalho, pela escassez de tempo para a realização das

atividades, pela inadequação das condições do ambiente físico e pelo enfraquecimento das relações socioprofissionais em termos da falta de integração, comunicação e cooperação entre os profissionais. O conjunto dessas características pode prejudicar a prestação de um atendimento de qualidade aos pacientes, exigir do profissional esforço adicional para demonstrar capacidade de lidar com a realidade de sua ocupação e potencializar a vivência do sofrimento e a vulnerabilidade às doenças.

Quanto às exigências do trabalho, observou-se o dispêndio de esforços intelectuais, que exigem constante estado de concentração e alerta dos pesquisados, bem como o custo afetivo associado ao dilema de fazer escolhas que possam beneficiar o atendimento a alguns pacientes em detrimento de outros. Essas exigências caminham paralelamente com os danos no trabalho experimentados pelos pesquisados, uma vez que os relatos confirmaram o surgimento de indicadores físicos e psicossociais relacionados a dores no corpo, a problemas gástricos e ao desgaste de viverem a díade paradoxal vida-morte de pacientes.

Apesar das exigências e dos danos associados ao trabalho que executam, os médicos e enfermeiros disseram experimentar prazer no que fazem porque são desafiados a salvar vidas, possuir liberdade de expressar suas opiniões, sentir orgulho pela profissão e serem reconhecidos por colegas, pacientes e familiares. Todavia, os dados levantados confirmaram o caráter penoso do atendimento em emergência, principalmente quanto à sobrecarga de trabalho e à falta de recursos, indicadores que geram sentimentos de frustração e impotência e, ao mesmo tempo, abalam as relações entre os profissionais da saúde, os pacientes e as pessoas a eles ligadas. Somam-se a esses indicadores de riscos de adoecimento no trabalho aqueles associados a queixas com a gestão do hospital, a impessoalidade das relações, a falta de participação nas decisões relativas à organização do trabalho e a baixa remuneração recebida, aspectos que denotam a precarização do trabalho. A revisão de valores pertinentes ao equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional, a inteligência astuciosa, as brincadeiras para descontração no ambiente de trabalho, a espiritualidade, o individualismo e o isolamento destacaram-se como mecanismos utilizados para a mediação do sofrimento no

trabalho.

A literatura considera que os trabalhadores almejam alcançar a realização e o prazer nas atividades laborais e, muitas vezes, pagam um alto preço por esse desejo, pois nenhum trabalho está isento de possibilitar, em conjunto com a satisfação, o desgaste físico e mental. Essa realidade se confirma nos relatos dos médicos e enfermeiros envolvidos na pesquisa. Acrescenta-se que o contato direto desses profissionais com as situações traumáticas e as angústias pertinentes ao mundo do paciente os tornam depositários de expectativas e fortes emoções que permeiam seus afazeres. Em verdade, nenhum trabalho está isento de possibilitar a satisfação ou o desgaste físico e mental, mas a natureza do trabalho, a forma como está organizado e as condições em que é realizado podem intensificar, ou não, os quadros de prazer, sofrimento ou adoecimento. O estudo evidenciou que da relação do trabalhador com a organização surgem conflitos que aumentam a carga psíquica imposta pelo trabalho, resultante do confronto entre os desejos do trabalhador e as prescrições da organização. Nesse contexto, observou-se que o trabalho na unidade de emergência estudada desencadeia em seus profissionais esforços para buscar alternativas que assegurem proteção à sua saúde física e mental. Nessa direção, verificou-se a adoção de estratégias de defesa pelos médicos e enfermeiros como mecanismo para enfrentar as adversidades decorrentes do trabalho.

Não foi observada nesta pesquisa a adoção de estratégias de defesa de caráter coletivo, o que pode ser reflexo do medo das pressões organizacionais e do enfraquecimento das relações socioprofissionais, permeados pela falta de cooperação, desconfiança e disputas entre os médicos e enfermeiros, conforme ficou evidenciado nos relatos desses profissionais. Por essa razão, sugere-se que estudos futuros se debrucem mais detidamente sobre as razões da utilização das estratégias, tanto individuais quanto coletivas, para lidar com o sofrimento no trabalho. Sugere-se, ainda, a ampliação de estudos acadêmicos sobre a temática “prazer e sofrimento no trabalho”, notadamente daqueles que possam, em uma perspectiva qualitativa, transformar o ITRA em um roteiro de entrevista, para permitir que a realidade de profissionais, da área da saúde ou não, possa ser investigada em profundidade. Reconhece-se que delineamentos metodológicos

dessa natureza tornam possível a compreensão das particularidades e complexidades que contornam as relações e os meios favorecedores da saúde ou do adoecimento no trabalho.

De um ponto de vista institucional, os resultados da pesquisa propõem uma reflexão sobre as práticas de gestão de pessoas que favoreçam o diálogo e a reestruturação de normas e serviços. Ainda, com os achados encontrados pretende-se dar visibilidade à precarização do trabalho de profissionais que atuam em unidades hospitalares de emergência, e fomentar a discussão sobre ela. Um caminho sugerido para a organização pesquisada passa pela adoção de medidas que possibilitem a melhoria das relações socioprofissionais, estimulem o fortalecimento dos coletivos de trabalho e proporcionem o enfrentamento dos riscos de adoecimento no trabalho. Ações nessa direção tenderão a melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, o bem-estar da equipe e, conseqüentemente, o atendimento dos usuários.

## 6. REFERÊNCIAS

- ALVES, M. *Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho*. 1996. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014>>.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (Org.). *Clínicas do Trabalho*. São Paulo: Ed. Atlas, 2011.
- CECILIO, L. C. O. Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, maio/jun. 1997.
- CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). *Clínicas do trabalho: novas*



- perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.
- COMBER, S.; TODD, C.; PARK, G.; BAXTER, P.; FIRTH-COZENS, J.; SHORE, S. Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia*, v. 89, n. 6, p. 873-881, 2002. <<http://dx.doi.org/10.1093/bja/aef273>>.
- CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.
- COSTA, A. C. F. *O médico, seu trabalho e sua saúde mental*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.
- DAL PAI, D. *Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro*. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-44, maio/jun. 2008.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- \_\_\_\_\_. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.
- \_\_\_\_\_. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-737220120003 00002>>.
- \_\_\_\_\_. Psychologie clinique du travail et tradition comprehensive. In: CLOT, I. (Org.). *Les histoires de la psychologie du travail: approche pluridisciplinaire*. Toulouse: Octares Éditions, 1999.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FIELDING, J.; WEAVER, S. M. A comparison of hospital - and community - based mental health nurses: perceptions of their work environment and psychological health. *Journal of Advanced Nursing*, v. 19, n. 6, p. 1196-1204, 1994. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01204.x>>.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1996.
- FREUD, S. Além do Princípio do Prazer [1920]. In: *EDIÇÃO Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.
- GAULEJAC, V. S. A nova gestão paradoxal. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- GODOY, S. C. B. *Prazer e Sofrimento do Enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte*. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- HAPPEL, B.; DWYER, T.; REID-SEARL, K.; BURKE, K. J.; CAPERCHIONE, C. M.; GASKIN, C. J. Nurses and stress: recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, v. 21, n. 4, p. 638-647, 2013. <<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12037>>.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- HEMINGWAY, M. A.; SMITH, C. S. Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, v. 72, n. 3, p. 285-299, Sept. 1999.

- HERNANDES, J. C.; MACEDO, K. B. Prazer e sofrimento no trabalho numa empresa familiar: o caso de um hotel. *Revista Gestão Organizacional*, Chapecó, SC, v. 1, n. 1, p. 7-19, jan./jun., 2008.
- ISMAEL, J. C. *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: MG Editores, 2005.
- KIRKCALDY, B. D.; MARTIN, T. Job stress and satisfaction among nurses: individual differences. *Stress Medicine*, v.16, n. 2, p. 77-89, mar. 2000. <[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(200003\)16:2<77::AID-SMI835>3.0.CO;2-Z](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(200003)16:2<77::AID-SMI835>3.0.CO;2-Z)>.
- KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Curitiba, v. 2, n.1, p. 239-265, 2004.
- LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- LHUILIER, D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011.
- LIMA JÚNIOR, J. H.; CASTANHA, A. L. B. O trabalhador médico: prazer e dor como ofício. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 35., 2011, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2011. CD-ROM.
- LIMA JÚNIOR, J. H.; ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902001000300003>>.
- LOURENÇO, C. D. S.; FERREIRA, P. A.; BRITO, M. J. O significado do trabalho para uma executiva: a dicotomia prazer e sofrimento. *Revista Organizações em Contexto*, v. 9, n. 17, p. 247-279, jan./jun. 2013. <<http://dx.doi.org/10.15603/1982-8756/roc.v9n17p247-279>>.
- LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-7, jul./set. 1996.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- McGRATH, A.; REID, N.; BOORE, J. Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, v. 40, n. 5, p. 555-565, 2003. <[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00058-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00058-0)>.
- MELEIRO, M. A. S. *O médico como paciente*: São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- MENDES, A. M. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações para saúde mental do trabalhador. *Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 27-32, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Valores e prazer-sofrimento no contexto organizacional*. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.
- MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.
- RODRIGUES, T. R. S. *Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral filantrópico*. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. de. *Trabalho na saúde: muito prazer. Protogonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí, RS: Editora UNIJUÍ, 2007.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Org.). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, 09 telas, maio/jun. 2011.

SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 2001. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SWANSON, V.; POWER, K. G.; SIMPSON, R. J. Occupational stress and family life: a comparison of male and female doctors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, v. 71, n. 3, p. 237-260, Sept. 1998. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1998.tb00675.x>>.

TABAK, N.; KOPRAK, O. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, v. 15, n. 3, p. 321-331, Apr. 2007. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00665.x>>.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VAN DEN TOOREN, M.; DE JONGE, J. Managing job stress in nursing: what kind of resources do you need? *Journal of Advanced Nursing*, v. 63, n. 1, p. 75-84, July 2008. <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04657.x>>.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2007.

