

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Ana Cleide Guedes Moreira **Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar***

O objetivo deste artigo consiste em analisar de que forma o sofrimento psíquico dos(as) trabalhadores(as) de um hospital público é influenciado pela relação destes trabalhadores com os pacientes e a organização do trabalho. Este estudo foi realizado em um hospital que atende a pacientes acometidos de doenças infecciosas, endêmicas e epidêmicas, no Estado do Pará, Brasil. A coleta de dados foi feita por meio de questionários, entrevistas (individuais e em grupos), semi-estruturadas e através da observação direta no campo de estudo. São apresentadas aqui, algumas das principais temáticas relatadas por esses profissionais que podem influenciar o *pathos* psíquico, isto é, o sofrimento psíquico dos que trabalham nas enfermarias, atendendo a pacientes de Doenças Infectoparasitárias/AIDS no hospital estudado.

> Palavras-chave: Saúde mental e trabalho, sofrimento psíquico, saúde do trabalhador, psicologia e saúde, psicopatologia

This article consists of an analysis of how the psychological suffering of personnel working in a public hospital is influenced by the dynamic interaction of the workers there with the patients and the organization of the work. This study was carried out in a hospital in the State of Pará, Brazil, where patients with endemic and epidemic infectious diseases are treated. The data was collected through semi-structured questionnaires, individual and group interviews, and through direct observation at the hospital. Some of the most important aspects that might contribute to the psychological pathos that arose are presented here, as reported by the professionals. In question is the psychic suffering of those who work in the wards of the hospital studied and deal with patients with infecto-parasitical diseases/AIDS

> *Key words: Mental health and work, psychological suffering, health workers, psychology and health, psychopathology*

* > Este texto reflete as discussões feitas na dissertação de mestrado *O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em um hospital público no Pará*, apresentada em abril de 1998, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), tendo como Orientadora Elizabeth Moreira dos Santos e Co-Orientadora, Marisa Palácios Rego e escrita por Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. A pesquisa teve apoio por meio de bolsas da Capes e do CNPq. Todos os sujeitos envolvidos neste estudo forneceram, por escrito, autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

O SOFRIMENTO NO TRABALHO

Para dar sentido ao sofrimento enquanto mediação da relação entre os(as) trabalhadores(as) e o processo de trabalho, utilizaremos os aportes da psicopatologia/psicodinâmica do trabalho, realizados por Seligmann-Silva (1994), Dejours (1992), e a partir das formulações de Canguilhem (1995) sobre o normal e o patológico, buscamos estabelecer uma forma de abordagem para a categoria *sofrimento psíquico*.

A psicopatologia do trabalho problematiza a relação deste com a saúde mental. Seu objetivo era o de encontrar correlações entre a organização do trabalho e a doença mental, perspectiva revista posteriormente, na medida em que Dejours (1992) percebeu que as exigências organizacionais e o trabalho constituem fonte de prazer e de sofrimento, e tal fato, que pode apresentar-se aparentemente de forma ambígua, torna-se a espinha dorsal de sua análise. Segundo Dejours é cada vez mais freqüente ouvir-se pesquisadores e médicos, nos colóquios sobre as condições de trabalho, falarem de "deterioração" e "desgaste" pelo trabalho, como também de "envelhecimento precoce". Mas esse fato não deve fazer perder de vista que o trabalho é, também, um fator essencial de equilíbrio e de desenvolvimento humano (Dejours, 1994).

Nos estudos destes autores não se busca encontrar, certamente, aportes para a cura do sofrimento psíquico e nem a tentativa de atribuir ao trabalho o papel de único determinante do sofrimento. A questão não se coloca no âmbito do trabalho ou do não trabalho. A pergunta da psicopatologia será feita a partir de uma outra formulação: qual trabalho?

Para entender esta dimensão oculta, Dejours (1992), ao deter-se mais especificamente na análise do sofrimento psíquico, coloca a psicopatologia do trabalho no campo da psicodinâmica, em que se valoriza uma compreensão do sujeito partindo do ponto de vista da intersubjetividade, isto é, visto como o sujeito de uma história singular, produtora de enigmas que são recolocados sem cessar e contribuem para ordenar a conduta social, de uma parte, e para dar sentido ao vivido, de outra. O vivido subjetivo não é neutro afetivamente em relação às contradições oriundas do confronto entre uma história singular e a situação real. Sofrimento e prazer atravessam a experiência do sujeito em função do fracasso ou vitória de seus esforços para ir até o fim dessas contradições. Esta história singular e as suas experiências no mundo laboral e extralaboral serão determinantes no cotidiano dos(as) trabalhadores(as).

Esta colocação permite que nos aproximemos de uma concepção de saúde/doença que não é determinada apenas pelas condições sociais e físicas exclusivamente, e sim pelo *equilíbrio* e perspectivas que o indivíduo assume diante do mundo. No caso dos riscos físicos, químicos e biológicos muito se pode fazer no sentido de construir ações e medidas que possam evitá-los. Considerar que o trabalho pode também possibilitar sofrimento do ponto de vista psíquico, significa dizer que as relações estabelecidas pelos(as) trabalhadores(as) e as exigências da organização que são mediatizadas pela experiência singular precisam ser decodificáveis. O que é importante analisar são as relações intersubjetivas que se dão no trabalho. Para Dejours, apoiando-se na teoria

psicanalítica do sujeito, a psicopatologia do trabalho é sempre intersubjetiva, na medida em que privilegia as relações com outros sujeitos e com os coletivos. A interface homem *versus* posto de trabalho *strictu-sensu* não é, portanto, considerada, a não ser excepcionalmente, uma vez que a relação com o trabalho não é estritamente técnica, estritamente cognitiva ou estritamente física. A relação com as pressões técnicas aparece na abordagem psicopatológica como fundamentalmente sujeita a um contexto intersubjetivo, sempre secundária e mediatizada pelas relações hierárquicas, relações de solidariedade, relações de subordinação, relações de formação, relações de reconhecimento, relações de luta e relações conflituais (Dejours et al., 1994). Nesse sentido, Dejours (1996) afirma que a qualidade do trabalho é uma condição do prazer, da saúde mental e da identidade singular. Entretanto, ela depende de uma construção de espaços públicos e coletivos no interior da organização do trabalho, espaços de cooperação, de debate frutífero sobre as questões ligadas ao cotidiano da organização e das vivências no interior do local de trabalho. A partir do momento em que um espaço público de cooperação é constituído ou reconstituído, fica-se estupefato diante da emergência de condutas completamente contrárias ao individualismo e à negligência tão repetidamente denunciadas nas organizações: engajamento apaixonado, senso de responsabilidade, mobilização da criatividade investem-se novamente no trabalho. Em Seligmann-Silva (1994) encontramos uma diferença entre defesa e resistência que pode nos ajudar a compreender o sentido

que o sofrimento dos(as) trabalhadores(as) de saúde adquire diante das exigências do trabalho hospitalar:

Consideramos importante distinguir os termos defesa e resistência. Utilizaremos resistência para o enfrentamento das situações ou condições determinantes do sofrimento. A diferença essencial entre defesas e resistências é que as primeiras, estando voltadas basicamente para evitar ou tornar suportável o sofrimento, em geral não propiciam transformações. O contrário ocorre com as resistências, que estão voltadas diretamente para obter a transformação das situações que originam sofrimento. Acreditamos ser sumamente importante esta distinção, por mais que, na prática, ela possa ser difícil. Inclusive, devemos reconhecer a existência de defesas que assumem, muitas vezes, simultaneamente, o caráter de resistência. (p. 232)

Há, portanto, dois movimentos psíquicos a serem considerados em uma análise como esta, defesa e resistência, ambas se constituindo como modos de subjetivação contra o sofrimento psíquico no trabalho.

Em Canguilhem (1995) encontramos uma discussão singular, em que a diferença entre o normal e o patológico é constituída por uma linha tênue e dinâmica. Tal compreensão pode ajudar-nos a entender melhor o sofrimento vivenciado pelos(as) trabalhadores(as) diante das exigências do trabalho. O autor refuta a idéia de que a normalidade seria um estado de plena adaptação do indivíduo em relação ao meio social. A normalidade estaria relacionada à capacidade do indivíduo de impedir a doença, o que não ocorre sem a presença do sofrimento. Ou seja, ressignificando o exposto por Canguilhem, o sofrimento psíquico pode ser enten-

dido, no âmbito da normalidade, como a capacidade de reagir frente à dor e às exigências do trabalho:

O homem normal só sabe que é normal num mundo em que nem todo o homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente, assim como um bom piloto sabe que é capaz de encalhar seu barco, ou como um homem educado sabe que é capaz de cometer uma gafe. O homem normal se sente capaz de adoecer, mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. Tratando-se da doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que, em outros, iria até o fim da linha. Portanto, para que o homem normal possa se considerar como tal, e crer na sua normalidade, precisa não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada. (p. 260)

O que Canguilhem diz é que, apesar de todo o processo de desumanização da doença, é o doente que definirá se está ou voltou a estar normal, retomando suas atividades. Nesse sentido, o objeto de trabalho humano resiste à sua objetivação pelo trabalho médico, o que nos permite afirmar, com Campos (1994), que a saúde deveria, então, ser pensada a partir do aumento do coeficiente de autonomia de cada indivíduo. O sofrimento, como vimos na psicopatologia do trabalho, ocorre quando o sujeito enfrenta as exigências do trabalho. Por outro lado, é o enfrentamento destas questões que nos coloca a possibilidade de *resistir*, no sentido de encontrar maneiras de reduzir ou eliminar o sofrimento psíquico enfrentado, o que pode se dar por meio da coletivização do debate sobre o mesmo.

As discussões até aqui possibilitaram que compreendêssemos que o sofrimento é parte intrínseca do mundo do trabalho. Assim

como a contra-organização dos trabalhadores se opõe à hierarquização imposta pelas instituições, o sofrimento pode ser entendido como sinalizador de que os trabalhadores precisam transformar o processo de trabalho discutindo as práticas instituídas.

A partir das teorias abordadas, passamos a compreender que um estudo que pretenda entender o sofrimento psíquico não pode ter como paradigma a busca de elementos constitutivos com a finalidade de identificar os *doentes mentais* produzidos no âmbito do trabalho alienado. Estudar o sofrimento psíquico e reconhecê-lo como categoria significa necessariamente romper com essa visão nosológica baseada nos fundamentos da psiquiatria clássica. O seu objetivo e significado deve ser o de tentar entender o sofrimento no espaço da relação do sujeito de si para consigo mesmo e com o Outro, isto é, de sua *singularidade* face às exigências de seu próprio modo de constituição subjetiva, da organização do trabalho e da sociedade. Mais do que procurar as doenças mentais, buscar entender as formas como os trabalhadores se organizam para minimizar e/ou superar os sofrimentos sentidos, ou seja, o que nos interessa de perto é compreender como, apesar de todas as adversidades, os(as) trabalhadores(as) de saúde fazem para se manter no espaço da normalidade. Como afirma Dejours em sua obra: uma normalidade enigmática, em que, a dimensão do normal e do sofrimento se imbricam constituindo elementos essenciais da natureza humana.

EPIDEMIAS E AIDS: IMPOTÊNCIA DIANTE DA MORTE E DO PROCESSO DE TRABALHO HOSPITALAR

O hospital estudado tem a sua trajetória im-

bricada com as doenças infectocontagiosas, endêmicas e epidêmicas da região: antes mesmo de ser hoje uma instituição de referência para doenças infectocontagiosas e parasitárias foi sanatório para pacientes portadores de tuberculose. O tempo mostra que as epidemias revelaram por toda a história as fragilidades da estrutura social. Ao mesmo tempo em que proporcionaram avanços no conhecimento humano, redefiniram valores e expressaram a política social implementada em uma determinada época (Czeresnia, 1995). Carneiro (1997) assim expressa as transformações no imaginário social:

Neste sentido, a enfermidade se apresenta como um ponto de inflexão que fica sempre a prestar um serviço à compreensão do que se interrompe dentro de um sistema de leitura do mundo. É o instrumento pelo qual as reações que se organizam para dar conta do mal-estar que invade a vida das pessoas denotam uma forma peculiar de gozo que o imaginário social projeta sobre o homem questionado em sua possibilidade de viver, seja ela um enquadre de eternidade ou simplesmente a ratificação do limite que esse mesmo homem guarda com o mundo.

Ao lado de todo o desenvolvimento do conhecimento que o estudo das epidemias permitiu, do ponto de vista da subjetividade o medo do contágio permanece. Um medo não sem razão, pois vivemos em um momento de recrudescimento de doenças que já tinham sido debeladas. Na década de 1990, o Brasil teve vários surtos epidêmicos, que vão desde o vibrião da cólera, à dengue, à malária, o sarampo, até um surto epidêmico de febre amarela. É o passado reinaugurando o presente? Doenças fruto das

iniquidades sociais? São análises necessárias e fundamentais para que enfrentemos os dilemas e contradições da sociedade moderna, na qual o hospital estudado se insere, e cuja realidade adquire um pouco da dimensão complexa da sociedade. Se a maioria dos casos de doenças epidêmicas tratadas no hospital já tem tratamentos padronizados que podem restaurar o estado de saúde dos pacientes, isso não quer dizer que o medo das epidemias não interfira nas práticas cotidianas dos(as) trabalhadores(as) de saúde.

O SOFRIMENTO NAS ENFERMARIAS

A maioria dos pacientes do hospital estudado é portador de doenças pulmonares e infectocontagiosas. As causas mais frequentes de internação no ano de 1996 foram: Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica — D.B.P.O.C e AIDS. Para efeito deste artigo, discutiremos apenas os dados da pesquisa referentes aos trabalhadores(as) que exerciam suas funções no 3º andar, no qual se encontram pacientes acometidos de Doenças Infecoparasitárias, Clínica Médica e AIDS.

O depoimento da profissional abaixo pode ser bastante representativo do medo da contaminação, vivenciado quando de seu ingresso no hospital:

Não, eu nunca tive nenhum problema a respeito disso. Mas o que a gente faz chegando em casa, a gente toma as precauções de higiene pra entrar em contato com a família. A gente entra em contato com muita secreção dos pacientes, com doenças infectocontagiosas e *a gente tem que defender a nossa família*. Olha, a gente sabe dos riscos que a gente corre. Mas conscientemente eu nunca tive medo, porque

tem gente que é consciente do negócio... (Enfermeira, cinco anos de formada, dois anos e meio no hospital estudado)

A luta contra as epidemias ao longo dos séculos também possibilitou práticas mais seguras aos trabalhadores(as), e não é correto pensar que o lidar com pacientes, nos dias de hoje, tenha as mesmas possibilidades de contaminação do passado. No entanto, isso não significou afastar os riscos de acidente, os medos e as angústias ligadas à contaminação, que se manifestam no âmbito da subjetividade. Aprendemos com a psicopatologia do trabalho que o medo é um assunto tabu no trabalho, merecendo muita prudência, pois pode conduzir a um sofrimento. Contudo, não conviria compreender o medo como um flagelo destruidor. Ele pode ser fruto de um perigo real, quando então há um objeto ao qual referi-lo, por exemplo, o medo que acompanha as primeiras experiências com objetos perfuro-cortantes, nos serviços de enfermagem. Ou pode não encontrar no real seu objeto, quando se denomina mais propriamente de angústia (Freud, 1926) e é na dimensão pulsional, portanto, subjetiva, que se deve buscar sua origem e os elementos para sua necessária análise. A angústia tem seu lugar na vida dos homens e é também um motor do trabalho e da imaginação, desde que se possa encontrar palavras para reconhecê-la e nomeá-la, quando pode perder sua característica de estranheza e adquirir contornos que, por sua familiaridade, permitam ao sujeito lidar com ela, saindo de um lugar de impotência e sofrimento. No relato acima, podemos perceber um movimento de defesa no qual o sujeito é levado a dizer que não *sente* o medo que, no entanto *sabe*, *incons-*

cientemente, que está presente, quando afirma que age no sentido de evitar a contaminação que pode sofrer e produzir: "... a gente toma as precauções de higiene pra entrar em contato com a família".

Para os(as) trabalhadores(as) de saúde que lidam com as questões do universo HIV/AIDS, a percepção de risco não está calcada apenas nas situações concretas de trabalho. A biossegurança já encontrou mecanismos eficazes para impedir grande parte dos riscos e acidentes no ambiente hospitalar; mesmo assim ganha peso entre os trabalhadores que lidam com pacientes portadores de HIV ou AIDS, não apenas o risco real de contaminação, mas a sua percepção carregada de afetos (Santos e Carvalho, 1999). As falas "... Quando falam que vai pra AIDS a gente sente o impacto" e, (...) "a gente tem que defender nossa família" são afectos e perceptos (Deleuze, 1992), expressões de sofrimento que nos levam a outras dimensões, não se trata apenas de um risco probabilístico, mas de vivências subjetivas que permanecem para além do ambiente hospitalar já que, como seres sexuados que são, estão expostos ao risco de contaminação na vida cotidiana e familiar.

O risco mensurável probabilisticamente e o papel da organização do trabalho hospitalar não são aspectos desprezíveis na realidade estudada, mas é preciso considerar as representações de sofrimento, do luto, da sexualidade e da morte que marcam o campo HIV/AIDS, no qual o espaço hospitalar é *atravessado* por uma avassaladora produção de subjetividade (Santos e Carvalho, 1999), que como vimos constitui-se dentro e fora do local de trabalho.

Por outro lado, ainda que ritualizando as

velhas imagens simbólicas, a AIDS não pode ser pensada na mesma medida que as outras epidemias. Neste caso, passa a adquirir a dimensão de uma doença transmissível, cientificamente representada e ainda sem cura eficaz (Czeresnia, 1996). No primeiro momento da pesquisa ainda não estavam à disposição da população os inibidores de protease, partes da multidroga-terapia utilizadas atualmente que, no entanto, não apenas não representam a cura, como uma res-salva deve ser feita: sabemos que o acesso de novos medicamentos, inclusive no caso da AIDS, não é feito sem muita luta, o que pode, na região estudada, privar a maioria dos pacientes do pronto acesso, mormente os que são oriundos do interior do Estado.

Uma outra questão importante é que a AIDS surge quando, pelo menos no Primeiro Mundo, havia a certeza de que as grandes epidemias tinham sido debeladas, expondo os limites do conhecimento científico e forçando uma reelaboração na prática dos trabalhadores de saúde. Um exemplo dessa situação está no fato de que o discurso médico passa a ser reinterpretado pelos pacientes, com uma nova potência política sem precedentes nas histórias epidêmicas do século XX, quando nascem as ONGS/AIDS (Carmargo Jr. 1996). Para efeitos deste estudo, entretanto, deter-nos-emos nas questões que nos aproximam do sofrimento dos(as) trabalhadores(as) nas enfermarias do hospital estudado.

A nossa observação e a fala dos(as) trabalhadores(as) revelam-nos que a impotência do profissional diante da pandemia, na medida em que os meios para a cura ainda não foram descobertos, é um dos fatores

que pode estar vinculado ao sofrimento dos trabalhadores de saúde.

Você lida com pacientes, aqui no hospital, portadores de AIDS, que é uma doença que hoje em dia está na moda, mas que é uma doença crônica, demanda muito de você como profissional, de você como pessoa, porque você se consome, você se dá para os pacientes e não tem um retorno muito grande... Você fica assim como se fosse impotente... Vê que faz tanta coisa e quando chega no final o paciente morre. (Médica, 28 anos, seis anos de formação, Infectologista, há quatro anos no hospital estudado)

Um dado importante é que este é um dos poucos hospitais do Estado que atende às patologias endêmicas e epidêmicas, sendo, por muito tempo, o único público que atendia a pacientes portadores de HIV. Quando chegam a ser internados, os pacientes já estão bastante debilitados em virtude de já terem feito uma "procissão" por várias instituições, como romeiros, que percorrem quilômetros para fazer um pedido, ou agradecer uma graça alcançada. Aqui, trata-se da peregrinação cotidiana, da maioria dos brasileiros, em busca, algumas vezes, da única possibilidade de garantir a sua vida ou de seus entes – o atendimento hospitalar – uma peregrinação que pode, e muitas vezes concorre para levar os pacientes ao óbito. Aprendemos com Zaidhaft (1990) que o lidar com a morte faz parte do ritual de iniciação dos médicos, desde as primeiras aulas de anatomia. Mas o que revelam os depoimentos repetidos por quase todos os trabalhadores é que a relação entre o morrer com AIDS e o seu sofrimento estão para além dos dilemas enfrentados pela dificuldade de lidar com o óbito de um paciente.

Não são, portanto, os cadáveres da Anatomia ou os necropsiados os representantes das situações mais difíceis de se lidar no que tange à morte. A maior dificuldade surge na situação limite: o vivo que está próximo à morte, o futuro morto. Bem, "futuro morto" somos todos, mas, aqui, nos referimos à pessoa que tem uma doença, reconhecida como tal, e esta à morte. Aqui o aluno se defronta com sua própria finitude. Embora o cadáver da necropsia tenha a mesma propriedade, ele não está mais vivo, o aluno não precisa interagir com ele, fazer sua evolução, responder suas perguntas, ser inquirido por seu olhar. Dizendo melhor, relaciona-se com um cadáver, sim, mas apenas em sua mente. Com o vivo, não, a relação é também no real. (p. 129)

Parece-nos que ressurgem os dilemas simbólicos da epidemia. Nesta relação, há uma complexidade de fatores que se imbricam:

Ao lidarem com problemas que envolvem o complexo HIV/AIDS, estão lidando com a própria finitude, em um embate imaginário com a própria morte. E não se trata de uma morte qualquer. Trata-se de um processo, cheio de tensões entre os trabalhadores e os pacientes, carregado por representações de sexo, prazer, sangue, sêmen e sofrimentos de toda espécie, fortemente investido de afetos diferenciados e em conflito. (Santos e Carvalho, 1999, p. 165)

O terceiro andar pode ser considerado, no hospital estudado, como o território dos infectologistas, embora outros médicos atuem nessas alas, dada à superioridade numérica de pacientes de AIDS e outras doenças infectocontagiosas e parasitárias (como hanseníase, leishmaniose, leptospirose, meningites, hepatites etc.). Nos estudos de Vieira (1996) vemos dois momentos característicos da prática dos profissionais infectologistas. Um primeiro antes do surgimento da

AIDS, em que, dispunham do arsenal e conhecimento necessários e eram chamados para esclarecer os diagnósticos. Diagnosticar e curar. Aos infectologistas cabia fazer o diagnóstico. A evolução do tratamento poderia ser conduzida por um outro profissional. Nesse sentido, o mérito por conseguir realizar a cura trazia tanto a satisfação como uma sensação de resolubilidade, buscada freqüentemente por meio de um diagnóstico voltado à garantia dos processos de cura, o que era vital para lidar com doenças agudas (Vieira, 1996).

Após o surgimento da AIDS, novas situações passam a ser vividas por esses profissionais. Até então, os infectologistas não tinham se defrontado com a necessidade de uma "vivência" mais prolongada e próxima com o paciente. Com o aparecimento da AIDS, pela cronicidade das patologias, esse fato se altera. Neste sentido, a partir de um contato pouco intenso, pautado geralmente por avaliação técnica objetiva para uma intervenção rápida e precisa, estes médicos passam a lidar no seu cotidiano com uma questão existencial "chave": a morte (ibid.).

A *morte anunciada*, o enigma da morte em que se circunscreve o corpo doente, próprio da AIDS, revela não apenas a dificuldade de lidar com a morte e com o mórbido. Um novo significado se revela, que se dá antes da morte mesma acontecer, e que pode significar a morte-em-vida para muitos pacientes. Vimos que o lidar com a morte de pacientes com HIV ou com AIDS está relacionada ao sofrimento psíquico encontrado na realidade hospitalar estudada, mas esta não é a única interpretação que podemos dar ao sentimento de impotência referido pelos(as) trabalhadores(as) de saúde. Não é só a pos-

sibilidade de os pacientes morrerem que os afluje; o jogo da vida e da morte, se podemos dizer assim, faz parte da vida e do cotidiano dos hospitais. No caso estudado não seria diferente. Como assinala Camargo Jr. (1996), as doenças graves, mesmo mortais, ligadas à esfera da sexualidade não são propriamente uma novidade (que se pense, por exemplo, no que significava a sífilis até o início do século XX); tampouco a discriminação e a culpabilização de pessoas doentes é original na AIDS, levando-se em conta a histórica exclusão asilar de leprosos, tuberculosos e loucos. Assim também as "pestes" não chegam a ser algo novo para a humanidade. Em Palácios (1994), o conceito de impotência é explicado como descontrole que os(as) trabalhadores(as) têm diante das exigências do trabalho e a análise da situação vivenciada pelos profissionais que atuam em situação de emergência mostra-nos que as freqüências de sofrimento encontradas foram atribuídas ao descontrole e imprevisibilidades próprias desta atividade. Sem que se faça uma transposição mecânica para esta análise, entendemos que é uma dimensão que pode ser muito bem aplicada à realidade estudada.

Na observação, constatamos que é maior o sofrimento quando nos aproximamos das enfermarias onde o trabalho é mais dinâmico, em que ocorrem muitas intercorrências, como é o caso das enfermarias do 3º andar, nas quais estão pacientes graves e portadores de AIDS. Ouçamos o que tem a dizer os(as) trabalhadores(as):

Os médicos, não só os médicos, mas o residente que ficam lá na DIP (3º andar), é puxado. Pelo fluxo de intercorrências que tem na noite eles pedem auxílio pra nós. É muito

mais estressante mais do que o de qualquer outra ala, até mais estressante do que o da CTI, onde só tem paciente grave, mas lá existe um controle melhor, o número de pacientes é menor, ainda por cima são muito mais sobrecarregados, não tem nem comparação. (Médico, cinco anos de formado, atuando na cirurgia geral)

Se pensarmos que os(as) trabalhadores(as) têm controle sobre o processo imediato de trabalho quando podem confrontar o ritmo, sem pressões, estão livres para movimentar-se, podendo controlar a quantidade e qualidade da produção e a técnica de trabalho, podemos então entender porque os(as) trabalhadores(as) relataram maior sofrimento no 3º andar do hospital, pois ao contrário de controle, o alto grau de imprevisibilidade, em decorrência das patologias ali tratadas, pode ser caracterizado como um dos fatores que pode influenciar no sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Uma nova questão ocorre: que aspectos da organização e do processo de trabalho estão diferenciando o sofrimento dos trabalhadores do 3º Leste e do 3º Oeste? As falas dos trabalhadores possibilitam que entendamos o sentido e a diferença do sofrimento encontrado nestas alas:

Eu tenho paciente terminal, aqui na clínica médica a gente tem alguns pacientes terminais, terminais súbitos. E lá no 3º Leste a questão é a morte anunciada. Mas a questão maior do 3º Leste, do meu ponto de vista, que eu nunca trabalhei lá, é a questão da morte anunciada... É que o paciente quando vem prá cá, — *para o hospital* — ele sabe que não tem cura. (Assistente Social, 13 anos de profissão, dois anos no hospital estudado).

A partir da observação realizada nas alas do

3º andar, notamos que a diferença entre elas pode ser sintetizada da seguinte forma. No 3º Oeste, existe um aglomerado de serviços e patologias tratadas – Doenças infectoparasitárias, Clínica Médica, Diálise – um processo dinâmico que, dada à complexidade, pode não estar sendo adequadamente controlado, o que pode estar associado ao sofrimento dos(as) trabalhadores(as), mas, diferentemente do 3º Leste, onde mesmo com diagnósticos “sombrios”, há sempre uma esperança de cura. No 3º Leste, além do descontrole, próprio da dinâmica do trabalho, a *morte anunciada* pode ser traduzida como morte-em-vida para a grande maioria dos pacientes e um sofrimento antecipado dos(as) trabalhadores(as) frente à morte. No caso dos profissionais de saúde desta ala, parece-nos que esta hipótese explicativa é a que mais pode sintetizar a diferença entre o 3º Leste e as demais alas do hospital e pode estar na origem do sofrimento relatado.¹

A partir destas questões, esperamos ter respondido ou pelo menos, lançado pistas sobre quais os aspectos do trabalho que podem estar relacionados ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores que atuam nas enfermarias de DIP no hospital estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde e as suas dimensões nos revelaram a certeza de que o sofrimento psíquico é vivenciado pelos(as) trabalhadores(as) que atuam nesta área.

Tratam e cuidam de sujeitos que potencializam suas emoções em uma instituição que reproduz relações na maioria das vezes cristalizadas e verticalizadas, em que há pouco espaço para discussão pública que desvende e revele as dificuldades enfrentadas frente às exigências do trabalho. O objeto de trabalho em saúde não é mais apenas o corpo ameaçado pela morte, mas também o sofrimento humano definido pela instituição médica (Pitta, 1991).

Desta forma, é preciso levar em conta a advertência de Zago (1988), segundo a qual os(as) trabalhadores(as) devem conscientizar-se de que são “o paciente crônico”, isto é, os(as) trabalhadores(as) são os que quase sempre permanecem no hospital, necessitando assim, de preservar sua saúde mental, para poder tratar os “pacientes agudos” que ficam hospitalizados durante um certo período.

Constatamos nos vários estudos realizados por Pitta (1991), Rego (1993), Silva (1994), Ramos (1996) expressões como “curar adoecendo”, “sentimento de vida contrariada” ou a recorrência aos mitos gregos como o do Prometeu acorrentado que pretendem refletir ao máximo a realidade dos(as) trabalhadores(as) de saúde, da qual buscamos aproximar-nos. Expressões e recursos que foram utilizados nestes estudos buscando demonstrar o quanto é difícil e carregado de sofrimento o cotidiano desses profissionais de saúde, fato que constatamos, também nesta pesquisa.

1> Vários autores têm demonstrado como a violência institucionalizada faz com que muitos pacientes se enclausurem e com isso deixem de exercer sua cidadania, além do que, aceleram o processo de aparecimento das doenças oportunistas. Para não ficar apenas nas leituras estritamente acadêmicas, Herbert Daniel e Herbert de Souza descreveram com bastante dramaticidade essa realidade.

Em relação às categorias profissionais que atuam no hospital, vimos que os(as) trabalhadores(as) que lidam por mais tempo com os pacientes nas enfermarias estão entre os que referiram maior impotência e sofrimento frente às exigências do trabalho. Observamos que este sentimento é assimilado de forma diferenciada entre as diversas categorias profissionais.

No caso dos médicos, notamos que não conseguiram escapar, como profissionais de saúde que são, das dificuldades dos "pacientes crônicos", tal como referida por Zago (1988), uma vez que também convivem no dia-a-dia com o ambiente hospitalar e suas vicissitudes. Percebemos que a impotência diante de doenças com alta letalidade e a falta de condições de trabalho, em especial de meio de diagnósticos eficazes, estão entre os fatores que influenciam no sofrimento destes(as) trabalhadores(as). Tal sofrimento é sentido, muitas vezes, sem a necessária reflexão, como costumam ser as vivências da ordem do insuportável que parecem levar-nos aos limites do humano, e tendem a nos fazer escamotear os sentimentos que nos invadem, negando que a figura do médico, tanto quanto a do paciente, é atravessada pela vida-morte, alívio-dor, amor-ódio. São esses componentes que parecem nos doer na alma, uma vez que nos confrontam com nossa própria impotência e limitação.

Quando se restringe a uma visão centrada no homem doente, acaba-se por não reconhecer no homem a saúde, encontrando dificuldades para saber o limite entre o normal e o patológico. E, de fato, o homem está na fronteira da saúde, e da impossibilidade de saúde, já que não basta o orgânico para de-

finir a saúde: "o homem não é somente aquele que eliminou de si as contradições: é o que as utiliza e as incorpora no seu trabalho vital..." (Sousa, 1992, p. 27).

A mediação entre a saúde e a doença, a morte e a vida, se são indissociáveis, nem por isso são vivenciadas sem sofrimento. O âmbito da normalidade é um enigma, em que os(as) trabalhadores(as) lutam para se manter, esforço que não é feito sem sofrimento. E tratando-se o sofrimento de um *pathos*, um excesso, algo que, da ordem da desmesura ultrapassa o sujeito e suas capacidades de defesa e resistência, ainda caberia perguntar, é possível falar-se de normalidade na dimensão do humano?

No caso dos(as) trabalhadores(as) de saúde do hospital estudado, o lidar com a morte faz parte do seu cotidiano e não é enfrentado sem dores. Mas um novo sentimento foi evocado a partir do aparecimento da AIDS. Todas as categorias profissionais que fizeram parte deste estudo referiram que mais do que lidar com a dificuldade da morte, encontram dificuldades de lidar com a morte anunciada. É como se nada mais se pudesse fazer, decretando-se a morte-em-vida de pacientes, que muitas vezes surpreendem e são surpreendidos com os diagnósticos menos alentadores. Neste momento, estamos diante de dilemas éticos, de características da formação profissional, da ideologia defensiva e dos limites que a finitude impõe, sem que sejam refletidos com a intensidade necessária no hospital estudado. Além da relação que se estabelece com os pacientes, outros fatores foram referidos como associados ao sofrimento dos(as) trabalhadores(as) de saúde: o trabalho noturno, a dupla jornada, os baixos salários que

introduzem a prática do multiemprego e ainda, certamente, a necessidade de um trabalho de prevenção e reflexão sobre o trabalho hospitalar, realidade que os dados demonstraram ser de todo o hospital estudado. Estes fatores ganham outras dimensões quando levamos em consideração que a presença feminina entre os trabalhadores de saúde é predominante. As trabalhadoras de saúde referiram que o trabalho realizado fora do âmbito hospitalar influencia diretamente no seu desempenho no hospital. As trabalhadoras foram unânimes em referir, principalmente as casadas, que o trabalho doméstico e os afazeres do lar, estão entre os fatores que influenciam na sobrecarga de trabalho, que faz com que o cotidiano hospitalar seja encarado com maior dificuldade. Por outro lado, além dos fatores relacionados às condições de trabalho que influenciam no sofrimento, a dinâmica do trabalho hospitalar não pode ser realizada sem sofrimento. Ainda que o hospital tenha se transformado em um complexo lugar onde convivem vida, morte, técnica, cura; é a impossibilidade de enfrentar os dilemas das doenças modernas e das velhas epidemias que constituem novos problemas de saúde, à medida que são *ressignificadas* sob condições de trabalho nem sempre alentadoras. É isso que faz da realidade hospitalar uma realidade mediatizada pelo sofrimento de seus (suas) trabalhadores(as). Como dissemos anteriormente, a questão fundamental, deste estudo, é **como** os(as) trabalhadores(as) enfrentam tais situações. Corroborando os resultados de outra pesquisa realizada anteriormente (Santos e Carvalho, 1999), o que vimos é que, o sofrimento acaba sendo apenas de "cada um", "indi-

dualizado"; "individual" que aqui não se confunde com o conceito de "singular". A singularidade (Guattari e Rolnik, 1992) não é considerada um problema. Nessa via, buscam-se soluções que em pouco tempo revelam seu esgotamento. A comunicação entre colegas é breve, o tempo é dedicado quase que exclusivamente ao trabalho técnico, dividido e esquadrinhado — apesar das diferenças dadas a partir das singularidades dos sujeitos — de acordo com o trabalho implícita ou explicitamente prescrito por sua corporação. O compartilhamento é determinado por relações estritas de amizade ou coleguismo, definindo a formação de pequenos grupos — ou de individualidades — com pouca capacidade de coletivização dos dramas e de construção de estratégias coletivas que busquem construir um atendimento mais acolhedor e o bem-estar dos sujeitos doentes. Os(as) trabalhadores(as) são o patrimônio por excelência do hospital. Investir, do ponto de vista técnico e formativo, nesse patrimônio pode redundar em benefícios ao ambiente do hospital. Não podemos, como trabalhadores, encarar ainda o sofrimento, como simples fatalidade, sem refletir sobre as exigências do trabalho hospitalar. Aprendemos que o trabalho é um fator determinante da qualidade de vida em nossa sociedade. Afirmamos e constatamos que, no caso da força de trabalho da área da saúde, o desenvolvimento tecnológico não pode prescindir da qualificação dos(as) trabalhadores(as). Essa característica faz com que possamos afirmar que o maior bem de um hospital são seus (suas) trabalhadores(as) e, em relação à sua segurança e saúde, pensamos ser fundamental discutir as dificuldades, as exigências impostas

pela realidade hospitalar com a finalidade de garantir relações mais solidárias entre os(as) trabalhadores(as) de saúde, seus pacientes e familiares com a finalidade de instituímos práticas que defendam a vida e garantam a construção de um sistema de saúde mais acolhedor.

Agradecimentos: à Orientadora Prof^a D^{ma} Elizabeth Moreira dos Santos e à Co-Orientadora Prof^a D^{ma}. Marisa Palácios Rego. Este artigo foi relido pelo colega Alexandre Carvalho, Doutorando ENSP/Fiocruz, que contribuiu para que pudéssemos aprimorá-lo dada sua intimidade com o campo da saúde mental e do trabalho e com o tema específico, tendo publicado em conjunto com Elizabeth Moreira dos Santos, trabalho que nos serviu de referência para o texto que estamos apresentando.

REFERÊNCIAS

- CAMARGO JR., K. R. A construção da Aids. In: CZERESNIA, D. et al. *Aids, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARNEIRO, Henrique F. Dom Quixote e o Decameron: a ruptura do mesmo através da enfermidade. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano X, n. 98, p. 62-73, jun/1997.
- CZERESNIA, D. AIDS, contágio e transmissão: relações entre epidemia, cultura e ciência. In: CZERESNIA, D. et al. *Aids, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996. v. I.
- DEJOURS, Christophe et al. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, ano 3, v. 33, p. 98-104.
- DEJOURS, Christophe e ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DETIENNE, Marcel. *Dionísio a céu aberto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREUD, Sigmund (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XX.
- GUATTARI, Felix e ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1992.
- MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- PITTA, Ana Maria F. A equação humana no cuidado à saúde e à doença: o doente, seu cuidador e as organizações. São Paulo, 1995. Mimeografado.
- . *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- RAMOS, Flávia Regina Souza. *Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da Saúde*. Florianópolis: Enfermagem Pen, 1996.
- REGO, Marisa Palácios da Cunha M.A. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro*. 1992, 81 p. Dissertação (Mestrado).

Universidade Estadual do Rio de Janeiro/IMS, Rio de Janeiro.

SANTOS, Elizabeth Moreira. Comportamentos sexuais, práticas sexuais, habitus, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades. In: CZERESNIA, D. et al. *Aids, medicina e biotecnologia*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SANTOS, Elizabeth Moreira e CARVALHO, A. M. T. Crônica da vida mais contrariada: sofrimento psíquico, HIV/Aids e trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 2, ano 7, p. 147-72, 1999.

SELIGMANN-SILVA, Edith. et al. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo: Traço, 1986.

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA, Cláudia Osório. *Curar adoecendo*: um estudo do processo de Trabalho Hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. 1994. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

SOUZA, P.R. *Os sentidos do sintoma*: psicanálise e gastroenterologia. São Paulo: Papyrus, 1992.

VIEIRA, Mônica. *O médico infectologista e a Aids*: novas dimensões da prática. 1996. 191 p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Rio de Janeiro.

ZAGO, J.A. Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, ano XVII, n. 2, 1988.

ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Artigo recebido em abril de 2004

Aprovado para publicação em outubro de 2005

PULSIONAL DIVULGA

***A Livraria Pulsional
possui mala direta
eletrônica
com 14.000 endereços
da área psi.
Divulgue suas
atividades pela
nossa mala.***

Consulte-nos.

Fones: (11) 3672-8345 •
3675-1190 • 3865-8950

e-mail:
divulga@pulsional.com.br

www.pulsional.com.br