

Sofrimento Psíquico de Trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva

Psychic Suffering of Intensive Care Unit Workers

» Janine Kieling MONTEIRO¹

Resumo A organização do trabalho (OT) contém aspectos que podem ser determinantes no processo de saúde-doença dos trabalhadores. O sofrimento, que pode culminar com o adoecimento psíquico, surge quando não é possível a negociação entre o sujeito e a realidade imposta pela OT. Por meio de pesquisa qualitativa, este trabalho buscou identificar aspectos da Organização do Trabalho das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que podem ter contribuído para o sofrimento psíquico em trabalhadores da saúde. Para tanto, foram entrevistados oito profissionais da área de enfermagem atuantes em UTIs na região metropolitana de Porto Alegre (RS), que apresentavam adoecimento mental. Nos resultados, examinados por meio de análise de conteúdo, alguns pontos foram destacados: pouco reconhecimento no trabalho; intensificação do trabalho que gera sobrecarga, crise ética entre seus valores e questões profissionais; rigidez institucional; sofrimento pela morte de pacientes. Mais estudos são necessários para o entendimento da relação saúde/adoecimento mental e trabalho em contextos hospitalares, enfocando tanto os adoecidos quanto os que conseguem permanecer saudáveis, em um ambiente de tantos riscos à saúde. A escuta qualificada, como sugestão, pode auxiliar esses profissionais a amenizarem o sofrimento causado pelo trabalho.

Palavras-chave

Organização do Trabalho, Trabalhadores da Saúde, Unidades de Terapia Intensiva; Sofrimento Psíquico.

Abstract

The organization of work (OW) contains aspects that can be decisive in the health and illness of workers. Suffering, which may culminate in mental illness, arises when negotiation is not possible between the subject and the reality imposed by the OW. Through a qualitative research study, this paper aims to discuss aspects of the organization of work in Intensive Care Units (ICUs) that may have contributed to psychological distress in health care workers. Eight nursing professionals, working in ICUs in the metropolitan region of Porto Alegre/RS, who had mental disorders (depression and/or burnout), were interviewed. In the results, analyzed by content analysis, stand out: having little recognition at work, work intensification that generates overload, ethical crisis between personal values and professional issues, institutional rigidities, and suffering from the death of patients. Further studies are needed to understand the relationship between mental health/illness and work in hospital settings, focusing both on the afflicted and on those who manage to stay healthy in an environment of such health risks. It is suggested that qualified listening can help these professionals alleviate the suffering caused by their work.

Keywords

Work Organization, Healthcare Workers, Intensive Care Units, Psychological Distress.

¹ Professora da Graduação e do Mestrado em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Endereço: Rua Carlos Von Koseritz 700 apt 402, Bairro São João. Porto Alegre, RS. CEP 90540 030. Telefone: (51) 9969.9054. E-mail: janinekm@unisinos.br.

O trabalho, ao longo da história, tem-se apresentado como um elemento central na constituição psíquica do sujeito. A crise estrutural do capital, a reestruturação produtiva, a precarização e a intensificação do labor têm produzido mudanças no mundo do trabalho que acarretaram grandes prejuízos aos trabalhadores (Antunes, 2006), com consequências diretas à saúde mental. A adoção de novas tecnologias e de métodos gerenciais tem facilitado à intensificação do trabalho, que, aliada à instabilidade no emprego, vem modificando o perfil de adoecimento e de sofrimento dos trabalhadores (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

A organização do trabalho (OT) contém aspectos biopsicossociais que podem ser determinantes nas manifestações do processo saúde-doença dos trabalhadores. Entre essas situações estão presentes: a divisão, a qualificação e as condições de trabalho; os aspectos afetivos e relacionais implicados no posto de trabalho ocupado; o grau de iniciativa e autonomia; o grau de ambiguidade sobre os resultados da tarefa; o *status social* da atividade e a possibilidade de cooperação e de comunicação (Dejours, 1988). O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode levar ao adoecimento. Mas quais são as dificuldades concretas que os trabalhadores estão expostos na organização do trabalho real? A organização do trabalho real passa pela interpretação dos agentes envolvidos, o que pode gerar um conflito entre várias possibilidades de interpretações possíveis (Dejours, 2004).

O hospital é um contexto que se apresenta como penoso e de risco ocupacional para os trabalhadores por apresentar excessiva carga de trabalho e a presença de situações afetuosas e extremas, que causam conflitos e elevado nível de tensão. Além disso, o funcionamento desse tipo de organização exige o regime de turnos e de plantões, permitindo os duplos empregos e as longas jornadas de trabalho (Pitta, 1994).

Nos estabelecimentos hospitalares, as Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) foram criadas com base na necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento a pacientes em estado crítico, sendo um local de grande especialização e tecnologia. Os trabalhadores, que atuam nessas unidades, precisam de preparo técnico em alto grau, pois podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida e a morte das pessoas (Ministério da Saúde do Brasil, 2005). Mas como fica o lado humano desses profissionais, quem os prepara para eles lidarem com questões extremas de vida e de morte com as quais eles têm de conviver? Eles necessitam permanecer sempre em estado de alerta para qualquer situação de urgência. Muitas rotinas são rígidas e inflexíveis, e exigem rapidez nos atendimentos, os quais vão influenciar no cuidado dos pacientes (Gomes, Lunardi, Wilson & Erdmann, 2006; Sanches, Carvalho & Silva, 2007).

Alguns estudos apontam como fatores relacionados ao sofrimento psíquico no trabalho em UTI: o rígido controle do tempo (trabalho corrido sem muitas pausas, que exige estado de alerta constante); a forma como o setor é organizado (com muitos equipamentos e pouco espaço); a falta de materiais, de equipamentos adequados e de pessoal; o excesso de ruídos na unidade; os conflitos no relacionamento entre os membros da equipe; o estado crítico de saúde do paciente; o sofrimento moral dos trabalhadores, principalmente quando o atendimento envolve pacientes em estado terminal; o trabalho nos finais de semana e feriados; a utilização inadequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); e a presença de atritos com as famílias dos pacientes (Filho & Erdmann, 2006; Hays, All, Mannahan, Cuaderes & Wallace, 2006; Leitão, Fernande & Ramos, 2008; Santos, Oliveira & Moreira, 2006).

Para a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), o exercício não pode ser reduzido ao que é prescrito, pois o que é ordenado nunca é o suficiente. O “trabalho é a atividade manifestada por homens e por mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejours, 2004, p. 20). É a criação do novo, que precisa da inventividade daquele que o produz e da inteligência prática do trabalhador para interpretar e lidar com os problemas. Mas quando a OT não permite esse espaço, quando ela apresenta-se de forma rígida e inflexí-

vel, como no caso das UTIs, o que acontece? O sofrimento psíquico, que pode culminar com o adoecimento, surge quando não é possível a negociação entre o sujeito e a realidade imposta pela organização do trabalho (Dejours, 1988), sobretudo em uma OT rígida.

Diante dessas questões, este trabalho buscou identificar aspectos presentes na Organização do Trabalho das UTIs que podem contribuir para o sofrimento psíquico em trabalhadores da saúde que atuam nessas unidades.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo oito trabalhadores da saúde (quatro enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem) de UTIs de dois hospitais privados, localizados na região Metropolitana de Porto Alegre (RS). Os profissionais foram selecionados com base nos resultados obtidos em uma pesquisa anterior, em que os participantes apresentaram maior sintomatologia de depressão e da síndrome de *burnout*, já que ambos os quadros diagnósticos apresentam um sofrimento psíquico considerável associado. Para avaliar a sintomatologia de depressão, foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (Cunha, 2001). O instrumento usado para avaliar a Síndrome de Burnout foi o Maslasch Burnout Inventory (MBI), validado por Benevides-Pereira (2001).

A determinação do número de casos foi definida por “saturação teórica”, que ocorre quando existe uma repetição no conteúdo do material coletado e “o incremento de novas observações não conduz a um número significativo de informações” (Gil, 2002, p. 139), sendo costume utilizar de quatro a dez casos.

Cabe destacar que seis dos oito participantes estiveram afastados do trabalho por motivo de saúde no último ano. Um participante não afastado por atestado optou, logo após a coleta de dados da pesquisa, pelo abandono da profissão de enfermagem. E a outra participante pediu afastamento em seu local de trabalho, mas ela não recebeu apoio da instituição, alegaram a funcionária tinha pouco tempo de trabalho.

Instrumento e procedimentos

Realizou-se entrevista individual com o objetivo de extraír visões e opiniões dos participantes a respeito do seu trabalho. Partindo de um roteiro semiestruturado, buscou-se priorizar a escuta dos trabalhadores. Nesse ponto, foram focalizadas questões relacionadas à caracterização da organização do trabalho (trabalho prescrito) e também como o trabalhador fez para dar conta dessa realidade (trabalho real). As perguntas serviram de indagação sobre os motivos que possivelmente contribuíram para desencadear o sofrimento e sobre a caracterização da organização e do contexto de trabalho (aspectos positivos e dificuldades encontradas).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Foram observadas as questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos. Para os participantes interessados na pesquisa, foi disponibilizado um relatório com os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados, por meio das entrevistas, foram integrados e trabalhados pelo método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1994). Essa metodologia busca obter uma descrição analítica do conteúdo manifesto e da sua posterior interpretação, compreendendo três fases, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. O material foi organizado utilizando-se as categorias, a priori, a fim de contemplar os objetivos propostos para este estudo.

Nos resultados, destacaram-se as seguintes categorias (para identificar os fatores da OT relacionados ao sofrimento psíquico): pouco reconhecimento no trabalho; intensificação do

trabalho que gera sobrecarga; rigidez institucional; crise ética entre seus valores e questões profissionais; e dificuldade de lidar com a morte de pacientes.

Em contrapartida à sua contribuição no trabalho, o indivíduo espera ser retribuído. Mas o que seria esse retorno? Para a PDT, ela é essencialmente simbólica e passa pelo reconhecimento. Quando o trabalhador realiza uma tarefa possui expectativas do quanto ele é capaz. A certeza dessa capacidade se dá pelo reconhecimento do colega (julgamento estético), promovendo no indivíduo um sentimento de gratificação. Pode acontecer também por meio de pessoas que ocupam posição hierárquica superior, que é o reconhecimento de utilidade técnica (Dejours, 2004 & Mendes, 2007). Se a dinâmica do reconhecimento não ocorrer, o trabalhador não encontrará sentido no seu exercício e, como consequência, poderá sofrer uma descompensação psíquica ou somática (Dejours & Abdoucheli, 1994). A falta de reconhecimento por parte da instituição e da chefia, mencionada nos relatos dos trabalhadores, evidencia sentimentos de menos valia e desmotivação. “Me senti desvalorizada, como se eu fosse nada... Para vir trabalhar parece que tem que puxar com guindaste...”; “Ninguém aqui no hospital sabe como se trabalha dentro da UTI, ninguém nos olha”; “Estou estressada com a instituição, não tem um retorno pelo trabalho que faço, tanto financeiro quanto de reconhecimento”.

Os participantes mencionaram que existe sobrecarga de trabalho. Isso ocorre, principalmente, em razão do quadro de pessoal reduzido ou em função dos colegas que deixam de fazer o seu serviço e sobrecarregam os demais. No entanto, existe também uma carga mental muito excessiva pelo tipo de trabalho realizado na UTI. A percepção do trabalhador em relação à sobre carga configura-se quando as demandas de trabalho são maiores do que os recursos materiais e humanos, originando o estresse laboral e acarretando, assim, o aparecimento da fadiga, da tensão, da irritabilidade e da ansiedade, como pode-se observar nestas falas: “Estou trabalhando como uma máquina... Ficamos sufocadas pela quantidade de trabalho; quando tá muito lotado há falta de equipamento, enchem as salas, há poucos funcionários”.

A intensificação do trabalho ocorre pelo fato de que ele se torna, cada dia, mais complexo (ampliação do trabalho intelectual, do saber científico e tecnológico etc.), heterogêneo ou multifuncional e, também, mais intenso nos seus ritmos e processos. O aumento do trabalho material e imaterial tem gerado sobrecarga de atividades e de responsabilidades nos trabalhadores (Antunes, 2006). A metade dos participantes tem dupla jornada de trabalho, desenvolvendo atividades em mais de um local, o que aumenta ainda mais essa sobrecarga. Muitos dos profissionais da área da saúde trabalham no turno noturno, dificultando o organismo de se recupere da jornada, pois durante o dia eles têm outras atividades para realizarem, sem contar que a iluminação e o barulho dificultam o sono. “Durmo pouco e me irrito com o barulho. Acho que estou ficando velha. Sou muito agitada, isso atrapalha o meu sono”.

A instituição é vista, pelos profissionais, como um local rígido, pouco flexível e com pouco apoio. Isso demonstra que o reconhecimento e a gratidão institucional são, em muitas ocasiões, inexistentes. “Estou insatisfeita decepcionada com o trabalho da instituição e, às vezes, tenho menor interesse em atender. Estou como posso dizer... de ‘saco cheio!’ Amo a minha profissão, mas tive desgosto pela instituição!; Hospital não se preocupa com funcionários. Não ajuda em nada o funcionário; Tem muito pouca flexibilidade na instituição”.

O trabalho prescrito diz respeito às normas, às regras e aos processos pré-definidos, que determinam como deveria ser a ação do sujeito nesse meio de produção (material ou de serviços). Se fosse admissível apenas existir atividade prescrita, ela seria desumanizada, maquinial. Dessa forma, define-se o trabalho como essencialmente humano, precisando da ação, do movimento do trabalhador, em que a ordem tecnológica-maquinial é insuficiente. O saber-fazer compõe o trabalho real, incluindo nele o desejo e a inteligência prática (Dejours, 2004). O sofrimento pode aparecer quando não existe um espaço para o trabalhador se expressar no trabalho real. Alguns estudos anteriores já referiram que muitas rotinas são rígidas e inflexíveis no setor de UTI (Gomes, Lunardi, Wilson & Erdmann, 2006; Sanches, Carvalho & Silva, 2007), o que pode causar sofrimento ao trabalhador que não possui um espaço para colocar a sua inventividade e vontade no trabalho.

A iminência ou a ocorrência da morte mobilizam muitos sentimentos negativos nos entrevistados, como: dor, tristeza, impotência e comoção. “Conviver com a morte diariamente é pésado”; “Conviver com a morte não é mais possível para mim, me dói muito”; “Sinto impotência diante da morte de pacientes”. Pitta (1994) destaca que conviver cotidianamente com dor, sofrimento e morte evoca sensações dolorosas e desagradáveis nos trabalhadores que, muitas vezes, tendem a ser desconsideradas ou silenciadas por eles. Outros estudos (Sulzbacher, Reck, Stumm & Hildebrandt, 2009; Poles & Bousso, 2006) já destacaram que apesar de a morte em UTI ser considerada uma experiência habitual à equipe, isso não diminui a sua difícil e dolorosa aceitação. “Vivenciar a morte remete o cuidador a pensar na sua finitude, daí a dificuldade em lidar com situações que a envolvem” (Sulzbacheret et al., 2009, p.12).

Outra questão relacionada ao falecimento, refere-se ao dilema entre valores morais e éticos que a profissão apregoa. Destaca-se que a crise entre ser mais técnico ou mais humano gera grande sofrimento psíquico, manifestado no relato de um participante:

É, ou faço meu trabalho técnico e fecho meus olhos no investimento de vida ou escuto minha sensibilidade, minha percepção. É muito relativo, é preciso frieza. Às vezes, até consigo por algum tempo, mas depois preciso muito esforço. Vivo uma angustia não expressa... Realmente, na escola de enfermagem proíbem a gente de chorar, somos forçados a ser frios. É necessário criar um escudo, mas até que ponto posso ser humano e ter a frieza necessária? Estou pensando seriamente em sair desta profissão. Não consigo ser alheio em relação ao paciente.

Esse trabalhador, ao terminar a pesquisa, desistiu da profissão de enfermagem. Ele disse que estava no seu limite e não podia mais suportar o sofrimento que sentia. Tal dilema ético envolve a análise entre o trabalho prescrito (utilizar a técnica) e o trabalho real (um ser humano diante da morte de outro). Voltamos novamente à questão, como fica o lado humano dos profissionais? Quem os prepara para lidar com questões extremas de vida e de morte que eles têm de conviver?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se nesta pesquisa identificar quais são aspectos da Organização do Trabalho das UTIs que podem contribuir para o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde que atuam nessas unidades. Os resultados apontaram que, nos participantes estudados, o pouco reconhecimento no trabalho; a sobrecarga de trabalho, tanto em quantidade quanto em carga mental; a rigidez institucional e a morte de pacientes, que pode além do sofrimento originar uma crise ética entre valores pessoais e questões profissionais, foram os fatores que receberam destaque como produtores de sofrimento psíquico. Elementos que já foram salientados em outros estudos apresentados.

Destaca-se ainda que estes trabalhadores, em situação de sofrimento, não se sentem apoiados pela instituição em que trabalham. Eles alegam que não possuem um espaço para falar sobre seus sentimentos. Além disso, a necessidade de uma escuta profissional, qualificada, também teve destaque de forma premente, até mesmo nas falas dos participantes. “Acho necessário que se tenha acompanhamento psicológico”; “Deveria haver acompanhamento de funcionários”. Cabe ao clínico, acolher as falas e os gestos como algo suportável, identificar os sintomas e desvelar as estratégias defensivas utilizadas para chegar à origem do trabalho real. À medida que o trabalhador ganha voz, é possível relembrar a sua história para reescrevê-la. Possivelmente, para maior humanização e resignificação do sofrimento, é interessante que o profissional busque espaços individuais e/ou coletivos para que possa, através da fala, dar novo sentido para as suas vivências no trabalho. O debate sobre como ser possível a reorganização do trabalho com a participação mais ativa do coletivo pode ser um diferencial na busca da promoção da saúde mental no trabalho (Mendes & Araújo, 2011).

Para finalizar, salienta-se que é extremamente necessário que mais estudos sejam realizados para o entendimento da relação saúde/adoecimento mental e trabalho em contextos hospitalares, enfocando tanto os adoecidos quanto àqueles que conseguem permanecer saudáveis, em um ambiente que oferece tanto riscos à saúde.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). MB – MaslachBurnoutInventory e suas adaptações para o Brasil. *Anais da XXXII eunião Anual de Psicologia*. Rio de Janeiro.Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 84-85
- Dejours, C. (1988). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (pp. 119-145) São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2004). Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In F. Soudant, S. Lancman, & L. I. Sznelwar. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 20. 47-104.
- Gil, A. C. (2002) *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, G. C., Lunardi, F., Wilson, D. & Erdmann, A. L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 14 (1), 93-99.
- Hays, M. A., Ali, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E. & Wallace, D. (2006). Reported Stressors and Ways of Coping Utilized by Intensive Care Unit Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25 (4), 185-193.
- Ministério da Saúde do Brasil (2005). *Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico*. Obtido em 18 de agosto de 2011, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>.
- Mendes, A. M. & Araújo, L. K. R. (2011). *Clínica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras*. Brasília: ExLibris.
- Mendes, A. M. (2007). Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. Em A. M. Mendes (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do psicólogo. 29-47.
- Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114, Brasília, DF, Brasil.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Poles K & Bousso RS. (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14, 207-13.
- Sanches, P. G., Carvalho, Barros, M. Da A. & Silva, G. F. (2007). Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11, 94-98.
- Santos, J.M., Oliveira, E.B., & Moreira, A.C. (2006). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista Enfermagem*, UERJ, 14, 580-5.
- Sulzbacher, M., Reck, A. V., Stumm, E. M. F., & Hildebrandt, L. M. (2009). O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, 19, 11-16.