

Entre o Prazer e o Sofrimento no Trabalho: Estudo das Vivências de Médicos Plantonistas em Urgências de Hospitais Públicos do Município do Rio de Janeiro

Between Pleasure and Suffering at Work: A Study of the Experiences of Emergency Physicians in Public Hospitals in the City of Rio de Janeiro

Isabel de Sá Affonso da Costa¹

Mariana Antunes Pereira¹

Ana Carolina de Gouvêa Dantas Motta¹

Eixo temático: 01

RESUMO

O trabalho médico em emergências públicas conjuga realização vocacional e sofrimento psíquico decorrente de condições laborais adversas. O objetivo deste estudo foi explorar as vivências geradoras de prazer e sofrimento no trabalho de médicos plantonistas de unidades hospitalares de emergência pública do município do Rio de Janeiro e as estratégias defensivas mobilizadas. Para tal, foi realizada pesquisa qualitativa de perspectiva interpretativista, ancorada na Psicodinâmica do Trabalho. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, via *Google Meet*, entre outubro e dezembro de 2025, analisadas por Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que as fontes de prazer foram a preservação de vidas, a aplicação do conhecimento profissional e os vínculos interpessoais. O sofrimento decorreu de cinco dimensões: carga intensa de trabalho, precarização dos vínculos laborais, dano à ética vocacional, medo da violência urbana e institucional, e adoecimentos físicos e psíquicos. As estratégias defensivas foram predominantemente individuais, não coletivas. As conclusões apontam que o trabalho médico emergencista é, simultaneamente, fonte de autorrealização e de sofrimento patogênico, o que exige políticas institucionais e públicas voltadas à saúde ocupacional desses profissionais.

Palavras-chave: Prazer no trabalho. Sofrimento laboral. Médicos emergencistas. Psicodinâmica do trabalho. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Medical work in public emergency units combines vocational fulfillment with psychological suffering stemming from adverse working conditions. This study aimed to explore the experiences that generate both pleasure and suffering for physicians working shifts in public hospital emergency units in Rio de Janeiro, as well as the defensive strategies they employ. To this end, a qualitative study grounded in the Psychodynamics of Work, was conducted. Six semi-structured interviews were carried out via Google Meet between October and December 2025 and analyzed through Content Analysis. The results indicate that sources of pleasure included saving lives, applying professional knowledge, and interpersonal connections. Suffering stemmed from five dimensions: heavy workload, precarious employment conditions, compromise of vocational ethics, fear of urban and institutional violence, and physical and psychological illness. Defensive strategies were predominantly individual rather than collective. The findings reveal that emergency medical work is simultaneously a source of self-fulfillment and pathogenic suffering, needing institutional and public policies focused on the occupational health of these professionals.

¹ Professora do PPGA/Unigranrio. Mestre em Administração pelo PPGA/Unigranrio. Professora do PPGA/Unigranrio – ana.motta@afya.com.br.

Keywords: Pleasure at Work. Occupational Suffering. Emergency Physicians. Psychodynamics of Work. Occupational Health.

1 INTRODUÇÃO

O cotidiano dos médicos plantonistas que atuam nas unidades hospitalares de emergência pública do município do Rio de Janeiro é marcado por uma dualidade permanente. Ao mesmo tempo em que o trabalho possibilita salvar vidas e fortalece o sentido de propósito e identidade profissional, também expõe os trabalhadores a condições potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, como superlotação, escassez de insumos, precarização dos vínculos laborais e violência. Essa violência constitui um problema relevante na medicina de urgência. Estudo nacional conduzido pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), com 769 profissionais, revelou que quase 80% dos entrevistados sofreram algum tipo de violência nos últimos seis meses de trabalho, majoritariamente na forma de agressões verbais¹. Pesquisa realizada com médicos de urgência mostrou ainda que 81,7% dos participantes não se sentiam seguros no exercício profissional e 88,3% já haviam vivenciado situações de ameaça, intimidação ou ofensa no ambiente de trabalho, evidenciando que a insegurança constitui um problema estrutural que ultrapassa contextos locais². Revisões sistemáticas recentes reforçam esse quadro. Uma revisão sob protocolo PRISMA identificou associação direta entre violência ocupacional, *burnout*, estresse pós-traumático e depressão em profissionais de saúde, com subnotificação sistemática dos episódios³. No contexto específico de serviços de urgência e emergência, revisão da literatura entre 2020 e 2025 confirma a alta prevalência de agressões verbais e físicas contra equipes assistenciais, agravada pela ausência de protocolos institucionais de prevenção⁴.

Esse cenário insere-se em um contexto mais amplo de limitações do sistema público de saúde. Os hospitais públicos de emergência do município enfrentam déficits históricos de financiamento, insuficiência de recursos materiais e humanos, infraestrutura inadequada e demanda assistencial superior à capacidade instalada⁵. Soma-se a esse quadro a ampliação de vínculos de trabalho mediados por organizações sociais e contratos de pessoa jurídica, frequentemente associados à redução da proteção trabalhista e à insegurança ocupacional. Essas condições ampliam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico e podem comprometer tanto a saúde dos profissionais quanto a qualidade da assistência prestada à população.

O tema apresenta relevância social, gerencial e acadêmica. Do ponto de vista social, o adoecimento dos médicos emergencistas representa risco direto à qualidade da assistência prestada à população que depende do Sistema Único de Saúde. Do ponto de vista gerencial, a identificação das fontes de prazer e sofrimento pode subsidiar políticas de saúde ocupacional e práticas de gestão voltadas à proteção desses profissionais. No campo científico, ainda são escassos os estudos que investigam as vivências subjetivas de médicos emergencistas em hospitais públicos municipais do Rio de Janeiro, especialmente sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Essa lacuna evidencia a necessidade de investigações que aprofundem a compreensão das experiências de prazer e sofrimento vivenciadas por esses trabalhadores em seu cotidiano laboral.

Diante desse contexto, o estudo buscou responder à seguinte questão: quais são as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos médicos emergencistas atuantes em unidades hospitalares do município do Rio de Janeiro? À luz da Psicodinâmica do Trabalho, o objetivo deste estudo foi explorar essas vivências. Especificamente, buscou-se identificar as principais fontes de prazer e sofrimento associadas ao trabalho em emergência e analisar as estratégias defensivas mobilizadas pelos profissionais diante das adversidades vivenciadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho, formulada por Dejours⁶ a partir da revisão crítica da Psicopatologia do Trabalho, analisa as relações subjetivas entre o trabalhador e seu trabalho. Seu principal diferencial foi deslocar o foco analítico das doenças mentais relacionadas ao trabalho para os mecanismos que permitem aos trabalhadores manter o equilíbrio psíquico em condições adversas^{6,7}. Nessa perspectiva, a maioria dos trabalhadores vive uma normalidade sofrente, entendida não como ausência de sofrimento, mas como resultado da luta, individual e coletiva, contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho^{8,9}.

A teoria fundamenta-se em três dimensões: condições de trabalho, relações de trabalho e organização do trabalho¹⁰. É na organização do trabalho que se localiza o maior potencial de sofrimento, mas também de mobilização subjetiva, por meio da distância entre trabalho prescrito e trabalho real. Enquanto o primeiro corresponde às tarefas e normas formalmente estabelecidas, o segundo refere-se à atividade efetivamente realizada, exigindo adaptações diante dos imprevistos inerentes ao trabalho¹¹. Quanto menor a margem de liberdade para adaptar essa distância, maior a probabilidade de que o sofrimento se torne patogênico e comprometa a saúde mental do profissional¹².

2.2 Prazer, sofrimento e estratégias defensivas

Para Dejours⁶, o trabalho é fonte de prazer quando promove descarga de energia psíquica recompensadora, gera reconhecimento e contribui para a construção da identidade do trabalhador; ao ser reconhecido por pares e hierarquia, o trabalhador inscreve o trabalho na dinâmica da autorrealização¹³. Morin¹⁴ complementa que o trabalho com sentido articula significado, orientação e coerência, permitindo autonomia, resultados percebidos e relações significativas¹⁵. Para os médicos emergencistas, esses elementos se manifestam de forma intensa na autonomia clínica, na visibilidade imediata dos resultados do cuidado e nos laços com a equipe, compondo fontes de prazer que coexistem com as adversidades do ambiente hospitalar público¹⁶.

Dejours⁶ distingue duas formas de sofrimento: o criativo, que mobiliza a inteligência prática para superar adversidades, gerando ressignificação; e o patogênico, que emerge quando as estratégias defensivas se esgotam e o trabalhador não consegue mais atribuir sentido à sua dor, culminando no adoecimento. O sofrimento patogênico ocorre quando as possibilidades de adaptação à organização do trabalho se esgotam e a energia psíquica se acumula sem encontrar descarga⁹, manifestando-se em transtornos como ansiedade, depressão e *burnout*, além de doenças físicas¹⁷. O sofrimento ético ocorre quando o trabalhador é impedido de exercer seu ofício conforme seus princípios, sendo obrigado a decidir sob fatores que escapam ao seu controle⁶.

Frente ao sofrimento, os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas, individuais ou coletivas, para suportar ou ajustar a realidade do trabalho e manter a aparente normalidade psíquica¹⁸. As individuais tendem ao isolamento emocional, à racionalização e à negação do sofrimento; as coletivas envolvem acordos tácitos e solidariedade entre trabalhadores que compartilham as mesmas pressões^{13, 19}. As estratégias coletivas tendem a ser mais eficazes por criarem redes de suporte mútuo; entretanto, a fragilização desses vínculos amplia a exposição ao adoecimento. Estudos recentes com trabalhadores da saúde confirmam esse padrão. Durante a pandemia de Covid-19, o reconhecimento no trabalho emergiu como fator central na ressignificação do sofrimento entre profissionais de saúde brasileiros²⁰; entre profissionais da atenção básica, as estratégias de enfrentamento também se mostraram predominantemente pragmáticas e individuais, com baixa institucionalização de espaços coletivos de escuta²¹. A ausência de estratégias coletivas institucionalizadas amplia a invisibilidade do sofrimento e o risco de adoecimento.

2.3 Médicos emergencistas e hospitais públicos

O médico emergencista atua em um dos ambientes de maior complexidade e pressão do sistema de saúde, lidando continuamente com situações de risco imediato à vida. Nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, esse contexto é agravado pela superlotação crônica, que atingia 80% das unidades já nos estudos da primeira década do século XXI e persiste como problema estrutural, pela escassez de insumos, pela insuficiência da retaguarda clínica e pela violência urbana que frequentemente alcança o interior das unidades.¹⁶ Soma-se a precarização dos vínculos laborais, com ampla adoção de contratos via Organizações Sociais e regimes de pessoa jurídica, que privam os profissionais de direitos elementares como férias remuneradas, FGTS e estabilidade²². Estudo recente sobre a categoria médica qualifica esse tipo de contratação como uma forma juridicamente questionável de precarização do trabalho, com repercussões éticas relevantes para o exercício profissional²². Considerando a centralidade do trabalho na constituição da subjetividade²³, a Psicodinâmica do Trabalho oferece uma lente pertinente para compreender as vivências desses profissionais em contextos marcados simultaneamente por realização e sofrimento.

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem qualitativa e paradigma de pesquisa

A pesquisa foi de abordagem qualitativa, de natureza interpretativa e caráter descritivo-analítico²⁴, fundamentada no referencial da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours^{6, 10, 12, 13}. O estudo adotou uma perspectiva interpretativista, por compreender que as vivências de prazer e sofrimento no trabalho são construídas subjetivamente pelos indivíduos a partir de suas interações com a organização do trabalho e com o contexto social em que estão inseridos²⁵. A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar a compreensão aprofundada dos significados atribuídos pelos médicos emergencistas às suas experiências laborais.

3.2 Características da pesquisadora e reflexividade

A pesquisadora principal é médica com formação em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica e experiência profissional em hospitais públicos de alta complexidade. Sua inserção no campo contribuiu para a compreensão das experiências relatadas pelos participantes. Reconhecendo que essa proximidade poderia influenciar a produção e a

interpretação dos dados, adotou-se postura reflexiva ao longo de todo o estudo. A análise foi discutida com as demais pesquisadoras, favorecendo a reflexividade e o rigor metodológico.

3.3 Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido com médicos atuantes em unidades hospitalares de emergência do município do Rio de Janeiro. A escolha desse contexto fundamentou-se na relevância e complexidade do trabalho realizado nesses serviços, considerados pontos estratégicos da rede de atenção às urgências e emergências do Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de um cenário caracterizado pela assistência contínua a pacientes em condições clínicas graves, que demandam intervenções rápidas, tomada de decisão sob pressão e elevada responsabilização profissional.

Além da complexidade inerente ao cuidado em situações de urgência e emergência, os médicos participantes exerciam suas atividades em um contexto marcado por desafios estruturais e organizacionais, tais como superlotação dos serviços, insuficiência de recursos materiais e humanos, limitações de infraestrutura, elevada demanda assistencial e frequente necessidade de priorização de atendimentos. Soma-se a esse cenário a precarização dos vínculos de trabalho, a exposição cotidiana ao sofrimento, à dor e à morte, bem como a convivência com situações de violência verbal e física no ambiente laboral.

Destaca-se ainda que parte dos hospitais públicos de emergência do município localiza-se em regiões marcadas por elevados índices de vulnerabilidade social e violência urbana, circunstância que pode afetar não apenas a assistência prestada, mas também a segurança e o bem-estar dos profissionais durante seus deslocamentos e atividades de trabalho. Nesse contexto, os médicos emergencistas encontram-se submetidos simultaneamente a exigências técnicas, emocionais e éticas que tornam essas unidades espaços privilegiados para a investigação das vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

3.4 Estratégia de amostragem

Os participantes foram selecionados intencionalmente em função de sua inserção no contexto investigado e de sua experiência com o fenômeno estudado. A seleção não buscou representatividade estatística, mas a obtenção de relatos capazes de aprofundar a compreensão das vivências de prazer e sofrimento no trabalho. A inclusão de novos participantes foi encerrada quando os relatos passaram a apresentar recorrência temática e ausência de elementos substantivamente novos para o desenvolvimento das categorias analíticas, caracterizando a saturação teórica. Ao final, participaram seis médicos emergencistas atuantes em hospitais do município do Rio de Janeiro (Quadro 1).

Quadro 1 — Sujeitos do *corpus* da pesquisa

Entrevistado	Especialização
ENT-1	Cirurgião geral
ENT-2	Cirurgia geral
ENT-3	Cirurgião plástico e cirurgião geral
ENT-4	Cirurgião geral e proctologista
ENT-5	Ortopedista
ENT-6	Pediatra

Fonte: Elaboração própria.

3.5 Unidade de estudo

Participaram seis médicos emergencistas com diferentes especialidades e trajetórias profissionais. Todos possuíam experiência superior a um ano em serviços de emergência e estavam em atividade durante a coleta de dados. Para preservar o anonimato, foram utilizados códigos alfanuméricos (ENT-1 a ENT-6).

3.6 Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que as autoras atuam, sob Parecer Consubstanciado nº 8.048.802 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 93765925.5.0000.5283. Todos os participantes foram previamente esclarecidos acerca dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, tendo sua participação formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo aos participantes, em conformidade com os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²⁶.

3.7. Métodos de coleta de dados

Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2025 pela pesquisadora principal, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas remotamente pela plataforma *Google Meet*. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos²⁷ e foram conduzidas em horários previamente acordados com os participantes. Além das entrevistas, foram coletadas informações sociodemográficas e profissionais relativas à idade, gênero, formação acadêmica, tempo de atuação profissional, modalidade de vínculo empregatício e características do trabalho exercido.

3.8. Instrumentos e tecnologias

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado a partir dos objetivos do estudo e do referencial da Psicodinâmica do Trabalho (Quadro 2). O instrumento foi submetido a pré-teste com finalidade de ajuste e refinamento das questões. As entrevistas foram registradas mediante gravação em áudio realizada através da plataforma digital utilizada para os encontros, sendo posteriormente transcritas para análise. O software Atlas.ti foi utilizado como ferramenta de apoio à organização, codificação e recuperação dos dados qualitativos.

Quadro 2 — Categorias *a priori*

UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS <i>A PRIORI</i>
Prazer	- Preservar vidas; - Aplicar conhecimento profissional adquirido diariamente; - Significados de autorrealização e satisfação.
Sufrimento	- Carga intensa de trabalho (plantões longos e alta demanda de pacientes para número insuficiente de médicos); - Precarização do trabalho (condições de trabalho inadequadas e médico Pessoa Jurídica); - Dano à ética vocacional;

	- Trabalho e medo (conflitos dentro e fora das unidades hospitalares); - Saúde mental e adoecimentos;
Estratégias defensivas	- Mecanismos individuais e coletivos mobilizados pelos médicos para enfrentar, negar ou minimizar o sofrimento vivenciado no trabalho.

Fonte: Elaboração própria.

3.9 Processamento dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente, revisadas e anonimizadas mediante atribuição dos códigos ENT-1 a ENT-6. O material constituiu o *corpus* analítico posteriormente organizado no Atlas.ti.

3.10 Análise dos dados

Os dados foram analisados por Análise de Conteúdo²⁸ desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, realizou-se a leitura flutuante das transcrições das entrevistas, seguida da codificação temática dos dados com auxílio do Atlas.ti. Os trechos codificados foram agrupados em categorias analíticas definidas *a priori* à luz do referencial da Psicodinâmica do Trabalho. As interpretações foram continuamente discutidas entre as pesquisadoras ao longo do processo analítico, favorecendo a reflexividade e a consistência das inferências produzidas.

No âmbito das vivências de prazer, foram consideradas as categorias preservar vidas, aplicar o conhecimento profissional adquirido diariamente e autorrealização e satisfação. No âmbito das vivências de sofrimento, foram analisadas as categorias carga intensa de trabalho, precarização do trabalho, dano à ética vocacional, trabalho e medo, saúde mental e adoecimentos. Por fim, foi examinada a categoria estratégias defensivas, compreendida como os mecanismos mobilizados pelos trabalhadores para enfrentar ou administrar as experiências de sofrimento decorrentes do trabalho.

3.11 Técnicas de fidedignidade e rigor metodológico

Para fortalecer a credibilidade e a consistência analítica do estudo, foram adotadas estratégias ao longo de todo o processo de investigação. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas integralmente. A organização e a codificação do material foram realizadas com auxílio do Atlas.ti, favorecendo a rastreabilidade do processo analítico. Durante a análise, foram utilizados registros em caderno de campo e as interpretações foram continuamente confrontadas com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. A suficiência do material empírico foi definida pelo critério de saturação teórica, observada pela recorrência temática e ausência de elementos substantivamente novos para o aprofundamento das categorias analíticas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise evidenciou a coexistência permanente entre prazer e sofrimento no cotidiano dos seis médicos investigados. Essa dinâmica dialética revela que o equilíbrio psíquico não resulta da ausência de sofrimento, mas da capacidade de resignificá-lo à luz das fontes de prazer presentes na mesma experiência laboral⁶. Os dados foram organizados nas três unidades de registro definidas *a priori*: prazer, sofrimento e estratégias

defensivas. Eles são apresentados a seguir com os respectivos fragmentos discursivos e sua articulação teórica¹⁰.

4.1 Prazer no trabalho

4.1.1 Preservar vidas

A preservação de vidas emergiu como a principal fonte de prazer e autorrealização. Os relatos revelaram que salvar um paciente não é percebido apenas como resultado técnico, mas como experiência psíquica intensa ligada à identidade profissional e ao cumprimento de um propósito vocacional. Segundo Dejours¹³, quando o sujeito tem autenticada a utilidade de seu ofício, o sofrimento vivido no encontro com o real do trabalho pode ser ressignificado e transformado em prazer:

"É como ter a certeza de que fiz a diferença para aquela pessoa sobreviver. Uma coisa assim traz uma sensação indescritível, uma sensação muito legal." (ENT-1)
"Quando você consegue salvar a vida de um paciente em estado grave, toda a cansaça do plantão some. Você sente que valeu cada hora." (ENT-3) *"É uma sensação indescritível, e uma sensação de prazer como uma missão cumprida e uma sensação de entender o meu papel como médica." (ENT-6)*

Esses relatos dialogam com Morin¹⁴, para quem o trabalho com sentido ancora-se em significado, orientação e coerência: ao preservar vidas, esses elementos se manifestam simultaneamente, produzindo autorrealização. Confirma-se o postulado de que o trabalho é fonte de prazer quando gera reconhecimento e fortalece a identidade⁶, funcionando como antídoto parcial ao sofrimento acumulado e sustentando a motivação para permanecer em um ambiente adverso.

4.1.2 Aplicar conhecimento profissional

A diversidade e a complexidade dos casos clínicos foram apontadas como fontes de prazer intelectual e profissional. Os entrevistados destacaram que a natureza não rotineira das emergências exige mobilização constante do conhecimento técnico, impedindo a automação do trabalho:

"A diversidade dos casos não permite trabalhar no automático, porque você tem coisas diferentes, que te levam a raciocínios diferentes." (ENT-2) *"Na emergência você nunca sabe o que vai encontrar. Isso é desafiador, mas é também o que me faz gostar do que faço. Cada caso é um aprendizado novo." (ENT-4)* *"Um dia de trabalho é diferente do outro. Para um ortopedista o trabalho na emergência é o melhor lugar, já que traz desafios e, com certeza, satisfação pela prática da minha especialidade médica." (ENT-5)*

Na perspectiva dejouriana, a aplicação do conhecimento configura descarga de energia psíquica recompensadora que, reconhecida pelo próprio trabalhador, produz prazer e mantém a motivação⁶. Morin¹⁵ complementa que o trabalho que desafia e exige competência tende a ser percebido como significativo, gerando satisfação intrínseca mesmo quando as condições externas são desfavoráveis, o que explica por que os médicos valorizam a imprevisibilidade como elemento motivador.

4.1.3 Vínculos interpessoais e autorrealização

Os vínculos interpessoais construídos nas equipes foram citados como fontes consistentes de prazer. A colegialidade e a parceria multidisciplinar tornam o trabalho mais leve e significativo, especialmente nos plantões mais longos:

"Às vezes o trabalho nem é tão bom, mas a equipe faz com que ele se torne mais leve e até mais prazeroso." (ENT-4) "O que me segura muitas vezes não é só o paciente. É saber que estou com uma equipe boa, com pessoas que confio e que vão estar do meu lado quando precisar." (ENT-2) "Eu tenho uma satisfação absurda em trabalhar em emergência, e sempre foi o setor que eu mais gostei de trabalhar na vida." (ENT-6)

Esses resultados corroboram a compreensão de que o fortalecimento da autoestima e o senso de pertencimento são dimensões constitutivas do prazer laboral¹⁰. O reconhecimento proveniente dos pares configura o que Dejours¹³ denomina julgamento de beleza: validação intersubjetiva que transforma o sofrimento vivido no encontro com o real do trabalho em fortalecimento da identidade profissional.

4.2 Sofrimento no trabalho

4.2.1 Carga intensa de trabalho

A sobrecarga foi apontada unanimemente como a principal fonte de sofrimento. Plantões longos, dimensionamento inadequado de profissionais e ausência de retaguarda foram citados como geradores de estresse crônico, angústia e desgaste físico e emocional, estendendo-se à responsabilidade clínica sobre casos de alta complexidade em infraestrutura precária:

"A sobrecarga de trabalho é muito ruim e tem um desdobramento, que é o estresse. Além de ficarmos estressados, claro que ficamos cansados, o que dá uma tristeza." (ENT-2) "Na emergência lotada o profissional sofre muita pressão, seja da direção da unidade, da projeção da sociedade, da necessidade de encarar uma equipe sucateada. Um dia antes do seu trabalho, você já está sofrendo em casa porque você tem que ir trabalhar." (ENT-4) "A quantidade de pacientes que chegam à emergência é sempre maior do que a nossa capacidade de atender com qualidade. Isso pesa muito." (ENT-3)

Esse padrão confirma a análise sobre o desequilíbrio entre trabalho prescrito e real: os médicos planejam atender com qualidade, mas as condições estruturais os impedem, gerando sofrimento⁶. A antecipação do sofrimento, expressa por ENT-4, revela que o desgaste não se limita ao plantão, mas se infiltra no tempo de descanso, comprometendo a recuperação psíquica e ampliando os riscos de adoecimento¹⁷. A sobrecarga está entre as situações laborais com maior potencial de adoecimento psíquico, sobretudo quando falta autonomia para reorganizar as tarefas⁷.

4.2.2 Precarização do trabalho

A fragilização dos vínculos laborais foi identificada como fonte de sofrimento estrutural e persistente. Contratos via Organizações Sociais e regimes de pessoa jurídica privam os médicos de direitos como férias remuneradas, FGTS e estabilidade e, somados à baixa remuneração, obrigam muitos ao acúmulo de empregos:

"A carga horária não tem uma remuneração proporcional, a realidade no Rio de Janeiro é de baixa remuneração." (ENT-5) "Trabalho em três hospitais para conseguir uma renda razoável. Isso é insustentável a longo prazo, mas não tenho escolha." (ENT-3) "Você não tem férias garantidas, não tem estabilidade, não tem proteção trabalhista. Se adoecer, você simplesmente para de receber." (ENT-2)

A precarização conecta-se ao sofrimento patogênico estrutural,¹³ quando as condições organizacionais esgotam as estratégias defensivas e comprometem a saúde mental. Esse

resultado converge com revisão recente sobre a precarização jurídica das relações de trabalho no setor da saúde brasileiro, que identificou a fragilização dos vínculos contratuais como fator direto de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores durante e após a pandemia de Covid-19²⁹. No caso específico da categoria médica, evidências recentes apontam que vínculos precarizados — sem garantias trabalhistas — comprometem tanto a estabilidade profissional quanto o exercício ético da profissão²². O acúmulo de empregos relatado por ENT-3 expressa essa dinâmica: o trabalhador intensifica a própria sobrecarga para compensar a desvalorização imposta pelo modelo de contratação, estreitando a margem de recursos psíquicos para suportar as demais adversidades¹⁷.

4.2.3 Dano à ética vocacional

O sofrimento ético manifestou-se nos relatos ligados à impossibilidade de exercer o trabalho conforme os próprios princípios. Os entrevistados descreveram decisões clínicas condicionadas pela falta de insumos, leitos ou retaguarda, e não por critérios técnicos:

"As limitações da engrenagem hospitalar não permitem ficar no automático, a gente depende do nosso conhecimento na administração dos serviços." (ENT-3)
"Fica uma sensação de que em algum momento algo pode dar errado por algo que você não tem controle." (ENT-6) *"Às vezes, você sabe exatamente o que o paciente precisa, mas não tem como oferecer. Isso é devastador para quem escolheu essa profissão por vocação." (ENT-4)*

O sofrimento ético é particularmente corrosivo porque atinge a dimensão identitária: impedido de agir conforme seus valores, o profissional experimenta uma alienação que compromete o sentido do trabalho^{6,13}. No contexto hospitalar público, a submissão a protocolos e a limitações sistêmicas tende a expropriar do médico sua condição de agente autônomo do cuidado, aproximando-se do sofrimento moral: a situação em que o profissional sabe o que deveria fazer, mas está institucionalmente impedido de fazê-lo.

4.2.4 Trabalho e medo

A violência urbana e institucional emergiu como dimensão singular do sofrimento dos médicos emergencistas do Rio de Janeiro. Os profissionais relataram ameaças por parte de pacientes, familiares e, em alguns casos, de facções criminosas que impõem sua lógica dentro das unidades, configurando insegurança que ultrapassa os limites físicos do hospital:

"Você passa horas trabalhando intensamente e, ainda, em meio a uma realidade do Rio de Janeiro, que não é tão agradável em meio à violência." (ENT-1) *"Já fui ameaçado por familiar de paciente dentro do hospital. Isso te deixa em estado de alerta constante, mesmo quando você está tentando cuidar de alguém." (ENT-5)* *"O medo não fica na porta do hospital. Ele entra com você, fica durante o plantão e, às vezes, vai embora com você." (ENT-3)*

O medo crônico impede a mobilização subjetiva plena e compromete o prazer gerado pela prática clínica¹⁰. A metáfora de ENT-3 é reveladora: o sofrimento gerado pela violência não se circunscreve aos episódios agudos, mas se sedimenta como estado difuso de hipervigilância que compromete a concentração, a qualidade do cuidado e o bem-estar psíquico fora do trabalho¹⁷. Essa exposição contínua configura forma de sofrimento que não pode ser inteiramente ressignificada por estratégias individuais, demandando respostas institucionais e coletivas. Esse resultado dialoga com revisões recentes sobre

violência ocupacional em saúde, que identificam a subnotificação sistemática e a ausência de protocolos institucionais de proteção como fatores que perpetuam a exposição dos profissionais a esse tipo de sofrimento^{3,4}.

4.2.5 Saúde mental e adoecimentos

O estresse foi mencionado pelos seis entrevistados como consequência direta das condições de trabalho. Foram relatadas manifestações mais graves de sofrimento patogênico, incluindo ansiedade, síndrome do pânico, depressão e doenças autoimunes, em alguns casos com afastamentos formais, cujos efeitos extrapolam o ambiente laboral e comprometem a vida privada:

"Eu cheguei a ter desavenças em casa com meus familiares por estar extremamente estressado antes de seguir para trabalhar no hospital." (ENT-4) "Desenvolvi uma doença autoimune que os médicos atribuíram ao estresse crônico. Nunca tinha tido problema de saúde antes de entrar para a emergência." (ENT-2) "Já precisei me afastar. O corpo e a mente chegam a um limite e simplesmente param." (ENT-6) "O nível de estresse é tão alto que às vezes me pergunto se vou conseguir continuar. Não é fraqueza, é esgotamento real." (ENT-1)

Esses resultados confirmam que, quando o sofrimento patogênico não é ressignificado e as estratégias defensivas se esgotam, instala-se o adoecimento com consequências que transcendem o ambiente laboral^{13,17}. O relato de ENT-2 ilustra o que Dejours⁶ denomina somatização do sofrimento: a transferência do conflito psíquico não elaborado para o corpo. A síndrome de *burnout*, caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, constitui o desfecho mais frequente desse processo entre profissionais de saúde em ambientes de alta pressão¹⁷, sinalizando não apenas um problema individual, mas uma disfunção organizacional que demanda resposta institucional. Dados brasileiros recentes corroboram essa tendência: revisão integrativa identificou alta prevalência de burnout entre profissionais de saúde, com impacto direto sobre a qualidade do cuidado prestado³⁰; entre médicos residentes, estudo nacional encontrou prevalência de burnout de 25,64%, associada a elevada exaustão emocional³¹.

4.2.6 Estratégias defensivas

As estratégias de enfrentamento foram predominantemente individuais: psicoterapia, exercícios físicos, apoio familiar e religiosidade. Nenhum entrevistado mencionou estratégias coletivas institucionalizadas, como grupos de suporte, supervisão clínica ou programas de saúde mental voltados aos profissionais de emergência:

"Faço terapia há anos. É o que me mantém de pé." (ENT-6) "Encontrei na religião uma forma de ressignificar o sofrimento. Sem isso, não saberia como continuar." (ENT-5) "Corro, faço academia. O exercício físico é a minha válvula de escape. Se não fizer, fico insuportável." (ENT-3)

A ausência de mecanismos coletivos é preocupante, pois as estratégias coletivas são mais eficazes na ressignificação do sofrimento por envolverem acordos e solidariedade entre trabalhadores^{13,19}. O predomínio de estratégias individuais indica que cada profissional lida com o sofrimento de forma solitária, o que aprofunda o isolamento emocional e enfraquece os laços coletivos que poderiam constituir uma rede de proteção psíquica¹⁸. A inexistência de espaços coletivos de escuta reforça a cultura de naturalização do sofrimento, tornando-o invisível e mais danoso, ao convertê-lo em problema percebido como individual, e não como expressão de disfunção organizacional estrutural¹³. Esse

resultado é consistente com estudo recente sobre profissionais de saúde da atenção básica, que também identificou a ausência de espaços coletivos institucionalizados de suporte psicossocial, reforçando a hipótese de que essa lacuna é transversal a diferentes contextos assistenciais no Brasil ²¹.

Em síntese, os resultados revelam a coexistência de experiências de prazer e sofrimento no trabalho médico emergencista, bem como o predomínio de estratégias defensivas individuais. O Quadro 3 sintetiza as categorias analíticas identificadas no estudo.

Quadro 3 — Síntese das vivências de prazer e sofrimento

Dimensão	Categorias identificadas	Impacto na saúde mental
Prazer	Preservar vidas	Autorrealização, identidade profissional
	Aplicar conhecimento	Motivação, senso de competência
	Vínculos interpessoais	Pertencimento, bem-estar psíquico
Sofrimento	Carga intensa de trabalho	Estresse crônico, desgaste emocional
	Precarização dos vínculos	Insegurança, sofrimento patogênico
	Dano à ética vocacional	Sofrimento ético, impotência
	Trabalho e medo	Ansiedade, insegurança permanente
	Saúde mental e adoecimentos	<i>Burnout</i> , depressão, ansiedade
Estratégias defensivas	Defesas individuais	Adaptação parcial; alívio temporário do sofrimento
	Ausência de defesas coletivas	Sobrecarga psíquica; esgotamento sem suporte do coletivo

Fonte: Elaboração própria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da Psicodinâmica do Trabalho, este estudo permitiu compreender que o trabalho dos médicos emergencistas em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro é marcado pela coexistência de experiências de prazer e sofrimento. Embora inseridos em um contexto de elevada pressão assistencial, limitações estruturais e insegurança ocupacional, os participantes atribuem sentido ao trabalho pela possibilidade de preservar vidas, mobilizar conhecimentos especializados e construir vínculos de cooperação com suas equipes, elementos que fortalecem a identidade profissional e favorecem a sustentação subjetiva diante das adversidades cotidianas.

As experiências de sofrimento relacionam-se, sobretudo, às condições e à organização do trabalho, expressando-se na sobrecarga assistencial, na precarização dos vínculos laborais, nas limitações institucionais para a realização do cuidado, na exposição à violência e nos impactos sobre a saúde física e mental dos profissionais. Nessa perspectiva, o sofrimento não se configura como fragilidade individual, mas como expressão das exigências e contradições presentes no contexto laboral investigado.

Observou-se ainda a predominância de estratégias defensivas individuais, em detrimento de mecanismos coletivos de elaboração do sofrimento. Esse resultado evidencia a importância de fortalecer iniciativas institucionais voltadas ao acolhimento, à escuta e ao suporte psicossocial dos trabalhadores, bem como de promover melhores condições de trabalho e proteção à saúde mental nos serviços de emergência. Tais medidas podem

contribuir tanto para o bem-estar dos profissionais quanto para a qualidade da assistência prestada à população.

Como limitação, destaca-se a realização do estudo com médicos emergencistas atuantes em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Contudo, a profundidade das narrativas e a recorrência dos sentidos identificados permitiram compreender o fenômeno investigado com a profundidade necessária aos objetivos do estudo. Recomenda-se que pesquisas futuras ampliem a investigação para diferentes contextos institucionais, categorias profissionais e níveis de atenção à saúde, aprofundando a compreensão das relações entre prazer, sofrimento e estratégias defensivas no trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). ABRAMEDE apresenta estudo sobre violência nas emergências ao CFM e discute formação médica. 2025. Disponível em: <https://portal.abramede.com.br/noticia/>
2. Paes VLS, Pingarilho KES, Andrade AQ, Magalhães Filho ALS, Lima AHES, Pallheta Neto FX. Análise da insegurança no trabalho: violências sofridas por médicos em atendimentos de urgência e emergência. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2025;18(3):e16430. DOI: 10.55905/revconv.18n.3-236.
3. Maciel FBM, Cordeiro MGL, Gonzaga LL, Laguna GGC, Santos HLPC, Evangelista LHP, Prado NMBL. Violência ocupacional, processo laboral e saúde mental de profissionais da saúde: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2025;19(46):3908. DOI: 10.5712/rbmfc19(46)3908.
4. Bernardi TC, Barros RGA, Kieutika IF, Peixoto LF, Leoni ACM, Oliveira JCC, Lemos CHS, Silva DMR. Violência contra profissionais de saúde em serviços de urgência e emergência: uma análise multicêntrica. *Asclepius Int J Sci Health Sci*. 2025;4(5):54-61. DOI: 10.70779/aijshs.v4i5.113.
5. Graboys V, Bittencourt RJ. Superlotação dos serviços de emergência. In: Jotz GP, organizador. *Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar*. Porto Alegre: GHC; 2019. p. 315-34.
6. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2015.
7. Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
8. Areosa J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. *Rev Katálisis*. 2021;24(2):321-30.
9. Dejours C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV; 1999.
10. Dejours C, Jayet C, Abdoucheli E. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
11. Dejours C, Gernet I. Trabalho, subjetividade e confiança. In: Sznclwar LI, organizador. *Saúde dos bancários*. São Paulo: Publisher Brasil; Editora Gráfica Atitude; 2011. p. 33-43.
12. Dejours C. Work and self-development: the point of view of the psychodynamics of work. *Crit Horiz*. 2014;15(2):115-30. DOI: 10.1179/1440991714Z.00000000027.
13. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes AM, organizador. *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; 2007. p. 13-26.

14. Morin E. L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. In: Pauchant TC, organizador. *La quête du sens*. Paris: Éditions de l'Organisation; 1996. p. 257-86.
15. Morin E. Os sentidos do trabalho. *Rev Adm Empres*. 2001;41(3):8-19.
16. Kolhs M, Olschowsky A, Barreta JC, Schimith MD, Silva RM, Busnello GF. Nursing in urgency and emergency: between the pleasure and suffering. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2017;9(2):422-31. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.422-431.
17. Facas EP. *PROART: riscos psicossociais relacionados ao trabalho*. Curitiba: Editora Fi; 2021.
18. Mendes AM. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. *Rev Psicol*. 1995;13(1):1-6.
19. Pena L, Remoaldo P. Psicodinâmica do trabalho: um estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho docente na Universidade Oscar Ribas. *Saúde Soc*. 2019;28(4):147-59. DOI: 10.1590/S0104-12902019170487.
20. Máximo TA, Torres T, Lopes MLB, Pereira AJS. A saúde dos trabalhadores da saúde durante a pandemia da Covid-19: entre o prazer e sofrimento no trabalho. *Trabalho (En)Cena*. 2023;8:e023020. DOI: 10.20873/2526-1487e023020.
21. Alvarenga EC, Oliveira PTR, Silva APL, Nogueira LSM, Pinheiro JG, Pimentel DB, Filho CFC, Cordeiro BKSC. Como profissionais de saúde da atenção básica se protegem do sofrimento e vivenciam prazer no trabalho? *Trabalho (En)Cena*. 2024;9:e024030. DOI: 10.20873/2526-1487e024030.
22. Souza BL, Souza TGP, Limeira CCH, Borges HC, Pereira NC. Precarização do vínculo de trabalho do médico na Paraíba: reflexos éticos. *Rev Bioét (Impr.)*. 2021;29(2):384-93. DOI: 10.1590/1983-80422021292476.
23. Clot Y. *A função psicológica do trabalho*. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
24. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2017.
25. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso; 2011.
26. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
27. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
28. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
29. Militão JBS, Maior JLS, Silva LF, Barbosa SN, Machado MH, Gomes AMF, Barreto JCS, Aguiar Filho W. A precarização jurídica das relações de trabalho como fator de sofrimento das(os) trabalhadoras(es) no setor da saúde durante a pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(10):2797-807. DOI: 10.1590/1413-812320232810.10212023.
30. Jarruche LT, Mucci S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Rev Bioét (Impr.)*. 2021;29(1):162-73. DOI: 10.1590/1983-80422021291456.
31. Silveira FF, Borges LO. Prevalência da síndrome de burnout entre médicos residentes. *Psicol Ciênc Prof*. 2021;41:e221076. DOI: 10.1590/1982-3703003221076.