



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES

**PRAZER, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL GERAL, SALVADOR, BAHIA**

Salvador

2019

ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES

**PRAZER, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL GERAL, SALVADOR, BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito para obtenção do título de Doutora em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora:
Prof.Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Coorientadora:
Prof. Dra. Helena Fraga Maia

Salvador

2019

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

G963 Guimarães, Zelma Miriam Barbosa
Prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem em hospital geral,
Salvador, Bahia/Zelma Miriam Barbosa Guimarães. – Salvador, 2019.
207 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.
Coorientadora: Prof^a. Dra. Helena Fraga Maia.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Enfermagem. 2. Sofrimento Psíquico. 3. Trabalho Hospitalar. 4. Prazer.
5. Trabalho I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora II. Maia, Helena Fraga –
Coorientadora III. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e
Pós-Graduação IV. Título.

CDU 616-051

TERMO DE APROVAÇÃO

ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES

“Prazer sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem em hospital geral,
Salvador, Bahia”,

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 10 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora:



Prof.(a)s. Dr.(a)s. Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Helena Maria Silveira Fraga Maia - Coorientadora - UNEB



Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSal



Prof.(a) Dr.(a) Kátia Siqueira de Freitas - UCSal



Prof.(a) Dr.(a) Sônia Barros - EEUSP



Prof.(a) Dr.(a) Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues - EBWSP

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Professora Dr^a Ana Maria Fernandes Pitta, por ter me conduzido com paciência, incentivando várias leituras, autores que eu, um pouco resistente, ia anotando, mas, com sutileza, bom-humor, generosidade e sabedoria, contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento deste texto e a produção da pesquisa.

Estou orgulhosa! Foi realmente um privilégio ser sua orientanda. Obrigada por ter me acolhido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Gonçalo e Zélia, pela base familiar, mesmo minha mãe não entendendo, “porque estudar tanto?”. A Beg, pela paciência “Chega! Depois do Doutorado acabou?”. Às vezes ausente, mas tentando conciliar momentos importantes com os filhos, Tiago e Mateus, e com os netos Pedro e Arthur, e as noras, Carol e Laís.

À minha Coorientadora, Professora Dr^a Helena Fraga Maia, pela gentileza e atenção que me dispensou na execução da análise dos resultados.

À Professora Bárbara Christhovam e Sônia Barros e Fátima Lepikson obrigada por todas as considerações na qualificação.

Agradeço às professoras, Mary Garcia, Kátia Siqueira de Freitas e Inaiá Maria de Carvalho. E a Cristiane, do CEP da UCSAL.

Agradeço aos colegas do doutorado, brilhantes profissionais, pela contribuição na confecção dos primeiros passos do projeto, críticas essenciais para o meu amadurecimento.

À direção do Hospital estudado, ao CEP, e ao COREME, às Coordenadoras de enfermagem e enfermeiras de Referência, que tão bem me acolheram para a pesquisa. Não posso esquecer-me de citar Norma Freitas e Simone Brito, amigas e colegas de trabalho, pelos incentivos, pela compreensão e pela paciência. E a Márcia Marinho e Maria José, vocês moram no meu coração.

Agradeço à equipe de enfermagem que participou deste estudo (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem). Acreditando nesta proposta, me receberam e me acolheram nos momentos de sofrimento e prazer na coleta de dados “Quantos questionários?” “E tem entrevista?”, tornando possível esta caminhada.

No decorrer desses anos, outras pessoas foram importantes para a realização deste estudo. Aos nomes que não mencionei ou deixei de lembrar, meu pedido de perdão. Sei que todos são importantíssimos. Muito “obrigada” de coração.

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **Prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem em hospital geral, Salvador, Bahia.** 2019. 207 f. Tese (Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2019.

RESUMO

Os fatores que contribuem para o prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho foram fortemente influenciados pelas grandes transformações que ocorreram ao longo da história, em particular no mundo do trabalho contemporâneo. Este estudo tem como objetivo geral identificar os fatores determinantes de prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. Os objetivos específicos, foram assim definidos: caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico das trabalhadoras de enfermagem no contexto hospitalar; estimar a prevalência de riscos para transtornos mentais comuns entre as trabalhadoras de enfermagem; descrever os fatores que colaboram para o prazer e o sofrimento no processo de trabalho da equipe de enfermagem e apresentar as estratégias de enfrentamento do sofrimento. Trata-se de um estudo analítico, transversal e qualitativo desenvolvido em um hospital geral de grande porte. A população do estudo foi constituída de enfermeiras e técnicas de enfermagem. A amostra quantitativa foi constituída de 372 trabalhadoras de enfermagem; a qualitativa, de 12 enfermeiras e 11 técnicas de enfermagem. A coleta de dados da pesquisa quantitativa ocorreu de fevereiro a maio de 2019, mediante aplicação de três instrumentos: Trabalho Hospitalar em Saúde, *Alcohol Use Disorder Identification Test*, e *Self Report Questionnaire-20*. A coleta da pesquisa qualitativa ocorreu de outubro a dezembro de 2019. Os dados quantitativos foram submetidos a análise bivariada e foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. A associação entre as variáveis estudadas e a presença de riscos para os transtornos mentais comuns foram estimadas pelo cálculo da razão de chances *Odds Ratio*, adotando-se o intervalo de confiança a 95% como medida de precisão. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática após transcrição das entrevistas. A população do estudo quantitativo foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (96%), com idade inferior a 39 anos (49,1%), cor da pele preta ou parda (88,4%), com companheiro (52,1%), com filhos (60,2%). Predominou nível superior ou mais (58,3%), renda inferior a cinco salários mínimos (71,2%). A prevalência geral de riscos para os transtornos mentais comuns foi de 42,2%. Observou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes entre as características sociodemográficas e os riscos para Transtorno Mental Comum. Em relação à saúde atual, foi significativo ter problemas de saúde e uso de medicação. No desfecho da análise hierarquizada observou-se que o uso de medicação mostrou-se como fator de risco e a divisão adequada de tarefas e sentir disposição para se divertir no final da jornada de trabalho configuraram-se como fatores de proteção. Na análise dos dados qualitativos emergiram as seguintes categorias: Cuidando do outro e cuidando de si; organização e processo de trabalho de enfermagem no hospital; relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho e estratégias de enfrentamento. Concluiu-se que o processo de trabalho constituiu-se em fator determinante de prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem. Sofrimento Psíquico. Hospital. Prazer. Trabalhadores.

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **Pleasure, suffering and illness in nursing work in a general hospital, Salvador, Bahia.** 2019. 207 f. Thesis (Social Policies and Citizenship) – Universidad Católica del Salvador, Salvador, 2019.

ABSTRACT

The factors that contribute to pleasure and suffering and illness at work were strongly influenced by the great transformations that have occurred throughout history, particularly in the world of contemporary work. The purpose of this study is to identify the determinants of pleasure or suffering in nursing work in a hospital context. The specific objectives were defined as follows: characterize the sociodemographic, occupational and clinical profile of nursing workers in the hospital context, estimate the prevalence of risks of common mental disorders among nursing workers; Describe the factors that contribute to the pleasure or suffering in the work process of the nursing staff, as well as their strategies to cope with the suffering. This is an analytical cross-sectional study and qualitative character developed in a large general hospital. The study population consisted of nurses and nursing technicians. The quantitative sample consisted of 372 nursing workers. The interviews involved 12 nurses and 11 nursing technicians. The collection of quantitative research data took place from February to May 2019 by applying three instruments: Hospital Health Work, Alcohol Use Disorder Identification Test, and Self Report Questionnaire-20. The collection of qualitative research data took place from October to December 2019. The data were subjected to bivariate analysis and the Pearson chi-square test was performed. Adopted level of statistical significance of 5%. The association between the variables studied and the presence of risks for Common Mental Disorders were estimated by calculating Odds Ratio odds ratios, adopting the 95% confidence interval as a measure of precision. The qualitative data were subjected to thematic content analysis after interview transcription. The study population was mostly composed of female individuals (96.0%), under 39 (49.1%), black or brown skin color (88.4%), with partners (52.1%), with children (60.2 %). People that went to college have predominated (58.3%) and with salaries equivalent to less than five minimum wages in Brazil (71.2%). The overall prevalence of risks for common mental disorders was 42.2%. No statistically significant difference was observed between the sociodemographic characteristics and the risks of the common mental disorder. In relation to current health, it was significant to mention health problems and medication use. In the result of the hierarchical analysis, in the final model, we observed that the use of medications proved to be a risk factor for the common mental disorder and the appropriate division of tasks and the willingness to have fun at the end of the workday was a factor protective. The thematic content analysis of the interview data highlighted the categories: Taking care of the other and taking care of yourself; organization and process of nursing work in the hospital; interprofessional relationship at work, defensive strategies of coping. It was concluded that the work process was determining factor of pleasure and suffering in nursing work in the hospital context.

Keywords: Nursing. Psychic suffering. Hospital. Pleasure. Workers.

GUIMARÃES, Zelma Miriam Barbosa. **Placer, sufrimiento y enfermedad en el trabajo de enfermería en un hospital general, Salvador, Bahia.** 2019. 207 f. Tesis (Políticas sociales y Ciudadanía) - Universidad Católica del Salvador, Salvador, 2019

RESUMEN

Los factores que contribuyen al placer, sufrimiento y enfermedad en el trabajo fueron fuertemente influenciados por las grandes transformaciones que han ocurrido a lo largo de la historia, particularmente en el mundo del trabajo contemporáneo. El propósito de este estudio es analizar los factores determinantes del sufrimiento o del placer en el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario. Los objetivos específicos se definieron de la siguiente manera: caracterizar el perfil sociodemográfico, ocupacional y clínico de los trabajadores de enfermería en el contexto hospital, identificar la prevalencia de riesgos de trastornos mentales comunes entre los trabajadores de enfermería; describir los factores que contribuyen al sufrimiento y / o placer en el proceso de trabajo del personal de enfermería, así como sus estrategias de enfrentamiento al sufrimiento. Este es un estudio analítico transversal y cualitativo desarrollado en un gran hospital general de grandes dimensiones. La población de estudio consistió en enfermeras y técnicos de enfermería. La muestra cuantitativa consistió en 372 trabajadoras de enfermería. De las entrevistas participaron 12 enfermeras y 11 técnicos de enfermería. La recopilación de datos de investigaciones cuantitativas tuvo lugar de febrero a mayo de 2019 mediante la aplicación de tres instrumentos: trabajo hospitalario en salud, prueba de identificación del trastorno por consumo de alcohol y cuestionario de autoinforme-20. La investigación cualitativa se recopiló de octubre a diciembre de 2019. Los datos se sometieron a análisis bivariado y se realizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Nivel adoptado de significación estadística del 5%. La asociación entre las variables estudiadas y la presencia de riesgos para los Trastornos Mentales Comunes se estimaron calculando las razones de chances *Odds Ratio*, adoptándose el intervalo de confianza 95% como medida de precisión. Los datos cualitativos se sometieron a análisis de contenido temático grabadas y transcritas posteriormente. La población de estudio fue compuesta en su mayoría por individuos del sexo femenino (96.0%), menores de 39 años (49.1%), color de piel negro o parda (88.4%), con pareja (52.1%), con niños (60.2%). Nivel superior predominado o más (58.3%), ingresos por debajo de cinco salarios mínimos (71.2%). La prevalencia general de riesgos para los trastornos mentales comunes fue del 42,2%. No se observaron diferencia estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y los riesgos del Trastorno Mental Común. En relación a la salud actual, fue significativo mencionar problemas de salud y el uso de medicamentos. En el resultado del análisis jerarquizado, en el modelo final, observamos que el uso de medicamentos demostró ser un factor de riesgo configuraron como factores de protección. En el análisis de datos cualitativos, surgieron las siguientes categorías: Cuidando al otro y cuidando de ti mismo; organización y proceso de trabajo de enfermería en el hospital; Relación interprofesional en el entorno laboral y estrategias de afrontamiento. Se concluyó que el proceso de trabajo constituía un factor determinante de placer y sufrimiento en el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario.

Palabras clave: Enfermería. Sufrimiento psíquico. Hospital Placer Trabajadores.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Categorias de Análise da Clínica Psicodinâmica do Trabalho	66
Figura 2	–	Triângulo da Psicodinâmica do Trabalho	69
Figura 3	–	Organização do Trabalho como pilar na transformação do sofrimento em prazer	72
Quadro 1	–	Assessorias, Diretorias e Coordenações do Hospital Geral	81
Quadro 2	–	Diretoria de Enfermagem	83
Quadro 3	–	Questões do SRQ-20	89
Figura 4	–	Aproximação com o lócus da pesquisa	92
Figura 5	–	Marco teórico para investigação de fatores de risco para Transtornos Mentais Comuns, estruturado em blocos hierarquizados	97
Quadro 4	–	Dados sociodemográficos das enfermeiras entrevistadas	112
Quadro 5	–	Dados sociodemográficos de técnicas de enfermagem entrevistadas	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Média de Internações anuais no Hospital Geral por Especialidades – Salvador, Bahia, Brasil – 2017	84
Tabela 2	– Categorização do Quantitativo da Equipe de Enfermagem do Hospital Geral. Salvador, Bahia, Brasil – 2018	85
Tabela 3	– Descrição da amostra aleatória para aplicação dos questionários por categoria profissional. Salvador, Bahia, Brasil – 2018	86
Tabela 4	– Características sociodemográficas de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2019 (n=372)	101
Tabela 5a	– Características relacionadas à ocupação de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2019 (n=372)	102
Tabela 5b	– Características relacionadas à ocupação de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	103
Tabela 6	– Características clínicas relacionadas à saúde atual de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	104
Tabela 7	– Características clínicas relacionadas aos agravos atuais de trabalhadores de Enfermagem de um hospital geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	106
Tabela 8	– Associação entre os riscos para os Transtornos Mentais Comuns e características sociodemográficas de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018	107

Tabela 9 – Associação entre riscos para os Transtornos Mentais Comuns e características clínicas relacionadas com saúde atual e agravos de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	108
Tabela 10a – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características relativas à ocupação de trabalhadores de enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	109
Tabela 10b – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características relativas à ocupação de trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	111
Tabela 11 – Modelo Final da associação entre Transtornos Mentais Comuns e fatores sociodemográficos de saúde e relativos à ocupação de trabalhadores de Enfermagem em Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372)	112

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AT	Agência Transfusional
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAVE	Centro Antiveneno
CHD	Centro de Hemorragia Digestiva
CIS	<i>Clinical Interview Schedule</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Centro de Material Esterilizado
CO	Centro Obstétrico
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coreme	Comitê de Residência Médica
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CRPA	Centro de Recuperação Pós-anestésica
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EC	Emenda Constitucional
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EME	Diretoria Adjunta da Emergência
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FJS	Fundação Jose Silveira
IC	Intervalo de Confiança
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MT	Manhã e tarde
NESC	Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Cidadania
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OPO	Organização de Procura de Órgãos e Tecidos
OR	<i>Odds Ratio</i>
OS	Organização Social
PASSR	<i>Patient Symptom Self Report</i>
PE	Processo de Enfermagem
PJ	Personalidade Jurídica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
Prof.	Professor(a)
PSE	<i>Present State Examination</i>
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
RNM	Ressonância Magnética
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAPFE	Serviço de Atenção a Pessoas com Feridas e Ostomias
SD	Serviço Diurno
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIAST	Serviço Integrado de Atenção à Saúde dos Trabalhadores
SM	Salário Mínimo
SN	Serviço Noturno
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THS	Trabalho Hospitalar e Saúde
TI	Tecnologia da Informação
TMC	Transtorno Mental Comum
UAVC	Unidade de Acidente Vascular cerebral
UBS	Unidade Básica de Saúde
Ucinca	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
Ucinco	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UCSal	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	TRABALHO: HISTÓRIA E NOVAS CONFIGURAÇÕES NO MUNDO CONTEMPORANEO	26
2.1.1	Da Antiguidade ao surgimento do sistema capitalista de produção	27
2.1.2	Organização do Trabalho no Século XX	32
2.1.3	Flexibilização e Precarização nas Relações de Trabalho	39
2.2	TRABALHO EM SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: GÊNERO, DIVISÃO SOCIAL E TRABALHO FEMININO	47
2.3	PRAZER, SOFRIMENTO E/OU ADOECIMENTO NO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DE DEJOURS	60
2.3.1	Evolução histórica e conceitual da psicodinâmica do trabalho	62
3	METODOLOGIA	78
3.1	TIPO DE ESTUDO	78
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	79
3.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	84
3.4	COLETA DE DADOS	87
3.5	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS	94
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	95
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	99
4	RESULTADOS	100
4.1	RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA	100
4.2	RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA	112
5	DISCUSSÃO	116
5.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS	116
5.2	DISCUSSÃO DA ANÁLISE QUALITATIVA	129
5.2.1	Categoria 1: Cuidando do outro e cuidando de si	129
5.2.2	Categoria 2: Organização e processo de trabalho de enfermagem no contexto do hospital	139

5.2.3	Categoria 3: Relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho	151
5.2.4	Categoria 4: Estratégias defensivas das trabalhadoras de enfermagem no hospital	159
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
	REFERÊNCIAS	173
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA (QUESTÕES PROVOCADORAS)	198
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	199
	ANEXO A – TRABALHO HOSPITALAR E SAÚDE (THS)	202
	ANEXO B – <i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE-20</i> (SRQ-20)	204
	ANEXO C – <i>ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST</i> (AUDIT)	205
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIRETORIA GERAL	206
	ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	207

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa, realizada para fins de doutorado, versa sobre prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem. Resulta da experiência de 35 anos de exercício profissional como enfermeira na assistência direta e na coordenação de unidades especializadas, lidando com o sofrimento do usuário, das colegas e também o meu próprio. O objeto de estudo desta tese de doutoramento em enfermagem são os fatores determinantes para o prazer, sofrimento e adoecimento e as estratégias defensivas utilizadas por essas trabalhadoras para evitar o sofrimento e o adoecimento no trabalho hospitalar. Diante da predominância das mulheres nessa área, neste texto, serão usadas as expressões Enfermeira e Técnica de Enfermagem sempre no feminino.

Minhas primeiras reflexões sobre a questão do prazer e sofrimento no trabalho decorreram da minha experiência como enfermeira assistencial com pacientes graves e com adoecimento agudo em uma unidade de queimados. Naquele trabalho, mesmo ao lidar com o sofrimento do paciente queimado, paradoxalmente vivenciava o prazer em função do resultado positivo, quando os pacientes recuperavam-se. Nesse período, frequentemente me indagava como era possível ter prazer em trabalhar em uma unidade na qual existia tanto sofrimento, e num ritmo de trabalho intenso e sempre com sobrecarga? A natureza do trabalho que desenvolvo atualmente, como enfermeira assistencial em um ambulatório, possibilita menor desgaste físico e mental.

A princípio, o processo de trabalho não deveria proporcionar sofrimento para a equipe de enfermagem de um ambulatório, no entanto não acontece dessa forma. Diariamente vivencio desgaste mental acentuado e percebo, no discurso das colegas, que o ambiente de trabalho tem gerado insatisfação e ações individualistas, talvez como estratégia defensiva para superar o desgaste e os sofrimentos gerados pela baixa valorização do trabalho e pelas questões relacionadas aos aspectos gerenciais de organização e processos de trabalho.

O ambulatório tornou-se um local, um “depósito” de trabalhadores com limitações impostas pelo adoecimento, isto é, funcionários vistos como “doentes e que não querem trabalhar”. Esse juízo de valor, por parte de outros funcionários em relação aos profissionais afastados, evidencia que o adoecimento desqualifica o trabalhador, tornando-o vulnerável. Muitas vezes não se identifica o trabalho como gerador da doença, o que provoca sentimentos de hostilidade e insatisfação no trabalhador.

O trabalho ambulatorial passava, muitas vezes, a constituir-se em uma atividade que proporcionava sofrimento, causado por fatores muito distintos daqueles vivenciados no âmbito hospitalar. No hospital, o sofrimento decorre especialmente do fato de se lidar, no cotidiano, com pacientes instáveis e/ou graves, sobretudo com a vida e a morte diretamente e com o sofrimento dos familiares.

Prossigo com minhas indagações, dirigindo a reflexão para o que leva as organizações a não conseguirem atender as demandas das trabalhadoras, em relação ao gerenciamento de conflitos para minimizar o desgaste no cotidiano do trabalho.

Durante o mestrado, surgiu a oportunidade de realizar um estudo com trabalhadores com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Nessa pesquisa, um fato que chamou a atenção foi a dificuldade de avaliar onexo causal, pois os trabalhadores, apesar de não possuírem um desfecho no diagnóstico para DORT, apresentavam outros diagnósticos adquiridos após os DORT, como depressão, dor e hipertensão arterial.

A oportunidade de aprofundar o estudo sobre trabalho, adoecimento e sofrimento surge atualmente, no Doutorado, o que termina por articular minha vida profissional com a trajetória acadêmica. Assim, o enfoque neste momento é o mundo do trabalho e a trabalhadora de enfermagem. Desse modo, o maior interesse neste estudo não é o estigma de que a trabalhadora está doente, mas de que maneira o processo de trabalho colabora para o sofrimento e o prazer vividos no trabalho e de que forma repercute dentro e fora da esfera do trabalho, nas atividades diárias e na vida familiar e que estratégias utiliza para não sofrer e adoecer.

Espero que os resultados deste estudo permitam-me colaborar com a recomendação de medidas preventivas organizacionais, a serem implementadas pelos gestores, bem como pelas próprias trabalhadoras, ao participarem ativamente de medidas preditoras para o prazer no trabalho e redução do sofrimento e adoecimento.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, tornou-se importante compreender como o trabalho e as mudanças operadas em suas condições e processos nas sociedades capitalistas têm contribuído para a constituição da relação do trabalhador com seu trabalho e quais mecanismos operam para o surgimento do sofrimento e do adoecimento ou, ainda, que aspectos podem levar o trabalhador a estabelecer prazer com sua atividade laboral.

Como argumenta Dejours (1992, 2000), as pessoas não são passivas; elas interagem. A sociedade é constituída de indivíduos interagindo e o trabalho também carrega em si a potencialidade de gerar o melhor e produzir autonomia e saúde mental. Entretanto, Antunes e Druck (2015) avaliam que, na contemporaneidade, o trabalho está profundamente marcado

por grandes transformações. Verifica-se ainda tendência à desregulamentação, expansão da precarização nas relações de trabalho, bem como redução dos postos de trabalho.

O conteúdo deste estudo está organizado da seguinte maneira. Além desta apresentação, a introdução, que contextualiza o prazer e o sofrimento e adoecimento no trabalho dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar, as razões e as justificativas para a escolha do objeto do estudo, assim como a questão norteadora e os objetivos. As demais seções abordam o tema da seguinte forma:

A segunda seção apresenta a revisão da literatura sobre a história do trabalho na humanidade e as novas configurações no mundo contemporâneo; o trabalho em saúde e o processo de trabalho de enfermagem com ênfase na discussão sobre a correlação desse com a dimensão de gênero e divisão social, e o prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho abordando as contribuições de Dejours.

A terceira seção descreve os procedimentos metodológicos, destacando a natureza da pesquisa, caracterização, público-alvo e amostra, bem como as técnicas de coleta e de análise dos dados. Os dados coletados serão analisados tanto na perspectiva quantitativa quanto qualitativa. Também faz referência aos aspectos éticos implicados no estudo.

A quarta seção expõe os Resultados e a quinta apresenta a Discussão em torno dos achados mais significativos em diálogo com a literatura correlata ao objeto do estudo.

A sexta seção apresenta as Considerações Finais.

O trabalho segue com as referências, apêndices e anexos.

1 INTRODUÇÃO

Esta é uma tese sobre prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho de enfermagem com trabalhadoras de enfermagem em um hospital público de grande porte em Salvador. Para este estudo, adotou-se como definição de trabalho a atividade que proporciona realização pessoal e reconhecimento e possibilita a socialização. Dessa forma, a atividade profissional, representa uma fonte de prazer ou de sofrimento, desde que as condições externas oferecidas atendam ou não à satisfação dos desejos inconscientes (DEJOURS, 1992; MENDES, 1995).

O trabalho, na contemporaneidade, está profundamente marcado por grandes transformações. Na maior parte das vezes, realizado com a utilização de complexas tecnologias, tem provocado mudanças em seus processos, com maior ênfase na valorização do individualismo, na concorrência e na busca pelo aumento da produtividade e da competitividade.

O construto trabalho, ao longo da história e cada vez mais na contemporaneidade, tem atraído a atenção de diferentes áreas do conhecimento humano e científico. Seligmann-Silva (2011) fala da existência das várias disciplinas que têm sistematizado os estudos sobre saúde e doença e a relação desses temas com o trabalho, a exemplo da ergonomia, medicina psicossomática, toxicologia, medicina do trabalho, neurofisiologia, psiquiatria, além da filosofia, da sociologia, da economia política e da psicodinâmica do trabalho. Cada uma dessas disciplinas busca compreender o trabalho do ponto de vista de suas especificidades, apreendendo-o em sua dimensão objetiva – a produção econômica e a transformação da natureza – ou na perspectiva de entendê-lo em sua relação com a produção da subjetividade. Esta caracteriza-se pelo momento de criação e de autonomia no tocante às possibilidades, criatividade e originalidade do homem como ser social.

Na Revolução Industrial, que teve início no final do século XVIII, profundas mudanças passaram a ocorrer na atividade produtiva, nos costumes e na forma de organizar o trabalho. No sistema econômico capitalista de produção que se estabeleceu a partir da Revolução Industrial, o trabalho passou a ser determinado pela produção e pela exploração da força de trabalho (BRESSER-PEREIRA, 2011).

As concepções sobre trabalho, com base nas teorias de Marx (2011) – o trabalho como um ato necessário para o homem satisfazer as necessidades básicas –, revelam o processo de transformação da natureza pelo homem. Nessa perspectiva teórica, o trabalho constitui-se em uma atividade produtiva, fruto da consciência intencional do homem, que resulta em produtos ou bens de consumo duráveis para alcançar determinado propósito (BRAVERMAN, 1987). O

homem apropria-se da natureza para satisfazer suas necessidades e, nesse processo de apropriação ou transformação, ele também se transforma, modifica sua natureza humana pelas relações sociais que estabelece com outros homens (MARX, 2011).

Para Marx (2011), o trabalho é a ação realizada pelo indivíduo com um propósito, evidenciando uma consciência prévia sobre o fazer a ser exercido, uma intencionalidade que organiza os meios para sua execução e tem em vista a finalidade da ação. Assim, a atividade desenvolvida pelo homem, resultante do dispêndio de energia física e mental, é a força de trabalho. A força de trabalho considerada produtiva é aquela que produz excedente para o capitalista, ao mesmo tempo em que gera remuneração/reposição do capital variável (força de trabalho) e cumpre a função socialmente determinada de produzir mais-valia. O que não gera valor excedente para o capital é chamado de trabalho improdutivo.

Desse modo, o trabalho humano é “inalienável” para o sistema capitalista. O trabalhador vende sua força de trabalho e é livre como pessoa (MARX, 2011). Para Braverman (1987, p. 54), “[...] esta consideração constitui o ponto de partida para a teoria do valor do trabalho, que os economistas burgueses acham que podem seguramente desprezar”. O sistema capitalista não está interessado nas relações sociais nem no valor do trabalho. Sua atenção converge para a produção, o controle e a apropriação da força de trabalho. No capitalismo, o controle sobre o trabalhador é exercido sob o domínio de uma estrutura organizacional hierarquizada, na qual os trabalhadores perdem o controle e a capacidade de decisão sobre o processo de trabalho (BRAVERMAN, 1987).

Outra característica da relação trabalho e trabalhador é a capacidade de o trabalhador produzir muito mais do que consome. Assim, o sistema capitalista utiliza-se dessa qualidade para obrigar o trabalhador a jornadas mais longas para exceder seu lucro. Ao produzir mais do que consome, o trabalhador afasta-se da relação com o trabalho enquanto valor de uso, isto é, o trabalho voltado para suas necessidades, naquilo que Marx (2011) denominou de trabalho concreto, que é todo aquele realizado para produzir mercadorias (casas, roupas, alimentos, entre outros), que existe em todas as sociedades. O progressivo afastamento da relação do homem com o trabalho se dá quando ele passa a produzir cada vez mais mercadorias; o aumento de sua produção torna-o com menos valor, assemelhando-o a um ente coisificado (SENNETT, 2006).

As transformações ocorridas desde a Revolução Industrial no mundo do trabalho e nos processos de produção capitalista alteraram de maneira significativa as condições de vida do homem, repercutindo também nos processos de saúde-doença e na condição de produzir sofrimento e adoecimento. Autores como Engels e Marx já tratavam, no final do século XIX,

da relação existente entre a organização do trabalho, o sofrimento e o adoecimento por este produzido. Engels (2002) denunciava os mecanismos de controle e coerção que atingiam a saúde mental do trabalhador na sociedade capitalista. Na visão de Marx (2011), o trabalho para produção de mercadorias sem valor de objeto útil é considerado abstrato, envolve também dispêndio de energia física e intelectual, mas é determinante para o estabelecimento do valor da mercadoria e responsável pelo estranhamento e afastamento do homem com o sentido de seu trabalho.

No decorrer do século XX, as profundas mudanças ocorridas na sociedade, especialmente nas sociedades ocidentais, com transformações socioculturais e político-econômicas baseadas em valores como subjetividade, multiculturalismo e pluralidade, trouxeram impactos importantes para o mundo do trabalho, a exemplo da adoção de concepções, como flexibilização do capital e dos processos de trabalho, com crescimento do uso da informação na mediação do trabalho e avanço do trabalho imaterial, que criaram novos modos de produção e novos tipos de trabalhador – diferente daquele trabalhador tradicional, baseado na indústria – gerando novas formas de adoecimento (ALVES, 2011).

As transformações operadas no trabalho e na sociedade estão também amplamente correlacionadas ao lugar que o sujeito ocupa hoje nas relações produzidas com o mundo e o seu fazer produtivo. Passou-se do sujeito coagido externamente pelo trabalho e pelo ambiente do trabalho como gerador de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores, nos primórdios dos processos de trabalho do sistema capitalista industrial, para a compreensão do lugar da subjetividade do trabalhador na experiência com o trabalho, como um dos elementos constituintes da relação entre trabalho e aspectos da saúde mental do trabalhador (ALVES, 2011).

Esse patamar interpretativo coloca-se compatível com o lugar central do indivíduo nas sociedades contemporâneas. Nestas, cada vez menos, explicam-se seus comportamentos com base em macrodeterminações estruturais e, cada vez mais, também pelas redes de significados construídos e apreendidos na experiência pessoal com os objetos e com a sociedade (HELOANI; LANCAMAN, 2004).

A saúde é um assunto ligado às próprias pessoas, e cada indivíduo reconhece suas limitações e dificuldades. No entanto, há um conflito, uma contradição que opõe as condições de trabalho ao corpo do homem. Assim, uma série de fatores estão associados ao trabalho como responsáveis pelo sofrimento e por alterações na saúde mental, desde a exposição a agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos até a complexa junção de fatores relativos à organização do trabalho, como o parcelamento das tarefas, o controle sobre o

processo de trabalho e as diferenças individuais, culturais e ambientais, além de adaptações a normas organizacionais e a subjetividade do trabalhador no desenvolvimento da tarefa (DEJOURS, 1992).

Existem, portanto, fatores no trabalho que estão relacionados ao adoecimento físico e psíquico, como o trabalho repetitivo, a baixa remuneração, a ausência de autonomia, a competitividade, a cobrança por produção e a falta de identidade e reconhecimento no trabalho (ANTUNES, 2011; LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Seligmann-Silva (2011, p. 43) também confirma esse entendimento, ao considerar que o adoecimento pode ser físico ou mental em função da dominação, mediada por forças econômicas e políticas, “[...] metamorfoses essas que mobilizam e são mobilizadas pelas correlações de forças presentes no mundo facetado do trabalho”. Desse modo, as mudanças ocorridas no processo de trabalho, quanto à organização do trabalho e as relações sociais de produção, aprofundaram a cisão entre a concepção e a execução do trabalho, o que provoca sofrimento no trabalhador e também o faz acionar mecanismos psicológicos de defesa, que costumam ser desencadeados quando lida com a angústia ou precisa suportar situações externas, geradoras de sofrimento psíquico (SELIGMANN-SILVA, 1994).

A perspectiva de compreender o adoecimento e o sofrimento na relação com o trabalho deve muito de suas concepções à abordagem teórica construída pela Psicodinâmica do Trabalho, com base em estudos sobre os impactos do trabalho na saúde mental de trabalhadores franceses, especialmente na década de 1980. A Psicodinâmica do Trabalho interessa-se por compreender as interações estabelecidas entre as condições de trabalho, a organização do trabalho e o trabalho, do ponto de vista do impacto produzido por esse na saúde psíquica do trabalhador e como alguns trabalhadores mantêm a normalidade e não adoecem. Consoante esta abordagem, a realidade do trabalho, no tocante a seus processos organizativos, provoca diferentes níveis de sofrimento psíquico ou não, para os quais cada trabalhador lança mão de estratégias defensivas, de natureza individual ou coletiva, para se defender do sofrimento e seguir de algum modo saudável (LANCMAN, 2004).

O aporte conceitual de Dejours (1992) e Lancman (2004) baseia-se nas concepções contemporâneas de trabalho como experiência subjetivada, como uma dinâmica de reflexão do indivíduo acerca de sua inserção nos processos de trabalho, em que o prazer e/ou sofrimento com o trabalho não se dá apenas pela forma objetiva como ele se apresenta, mas pelos modos de significações e mediações que se apresentam na constituição da identidade e da vida de cada trabalhador. O trabalho seria fundamental para o desenvolvimento da

identidade e da vida psíquica de cada pessoa, capaz de potencializar crescimento, criatividade, cooperação e confiança, aspectos que favorecem as identidades individuais e coletivas, além da realização de si mesmo.

Por outro lado, o sofrimento psíquico do trabalhador é concebido como uma experiência vivenciada e individual entre o trabalho prescrito e o real e diretamente relacionada com a organização do trabalho, nas dimensões que envolvem gestão, hierarquia, controle e reconhecimento. Sofrimento psíquico na relação com o trabalho pode decorrer de algumas situações enfrentadas pelo trabalhador, mais complexas e sutis, tais como: esforços adaptativos às mudanças culturais, sociais e ideológicas que ocorrem no mundo do trabalho na atualidade; imposições da organização do trabalho com mudanças frequentes nos seus modelos e processos; possível fratura entre a realidade vivida no trabalho e a história de vida do sujeito (LANCMAN, 2004).

Os conflitos, o sofrimento e o prazer que emergem em situação de trabalho devem também sua dinâmica à organização do trabalho e às dificuldades, ou mesmo aos conflitos que ela provoca entre os indivíduos, na própria dinâmica das equipes; e nos indivíduos, em decorrência das tensões que aparecem no confronto entre a situação laboral e as obrigações próprias da esfera privada. (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p. 97).

O trabalho em saúde é considerado parte do setor de serviços e integra o segmento terciário da economia. A partir do século XX, passou a utilizar massivamente a tecnologia como parte de seu processo, ao mesmo tempo em que se caracteriza por ser trabalho imaterial. A assistência em saúde caracteriza-se cada vez mais como trabalho coletivo, seja este no espaço hospitalar ou ambulatorial, sendo a Enfermagem uma profissão dentro da área da saúde que já se organizou profissionalmente no bojo do modelo capitalista (PIRES, 1996).

Para Pitta (1989), o trabalho no hospital é penoso e insalubre, e o cotidiano hospitalar é gerador de sofrimento psíquico para todos os trabalhadores da área de saúde. Os principais fatores determinantes desse sofrimento no trabalho hospitalar decorrem dessa permanente exposição aos fatores ocupacionais, da própria natureza desse trabalho e sua organização, do próprio objeto de trabalho – lidar com a morte, com o sofrimento da família e do paciente –, não terem suas tarefas reconhecidas e valorizadas, a sobrecarga de trabalho, com cargas de conflitos, e condições de trabalho precárias vivenciadas no cotidiano. É um trabalho essencial, porém pouco valorizado socialmente. É necessária a tomada de consciência dos gestores e desses trabalhadores de que uma organização de trabalho saudável protege a saúde mental, além de melhorar o processo do cuidar da saúde física e mental de trabalhadores e usuários.

Pitta (1989), em sua pesquisa de doutorado, estudou o trabalho, a subjetividade desse trabalho e a saúde mental dos trabalhadores, tomando como campo empírico um hospital geral e os trabalhadores desse hospital – a saúde do trabalhador tem recebido aportes diversos, no que diz respeito ao conhecimento dessas relações do trabalho e da subjetividade –, e discutiu os aspectos teórico-conceituais do trabalho hospitalar e do sofrimento psíquico desses trabalhadores. Nesse estudo, que incluiu diversas categorias profissionais técnicas e de apoio, identificou-se que o trabalhador de estrato socioeconômico baixo sofria maiores danos em relação aos que estavam no estrato médio; quando comparados com o alto estrato, estavam mais expostos a apresentar sintomas psíquicos. Esses trabalhadores consideravam o trabalho perigoso e insalubre e apresentaram problemas de saúde, em especial geniturinários, psicossomáticos e osteomusculares.

Diante disso, decidimos pela realização desta pesquisa, que procurará responder a seguinte questão: Que fatores são determinantes no prazer e no sofrimento e que estratégias as trabalhadoras utilizam para evitar o adoecimento no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar? Nesse sentido, partimos do seguinte pressuposto: As estratégias defensivas podem evitar o sofrimento e o adoecimento, porém, se não houver uma intervenção na organização do trabalho e as condições patogênicas permanecerem, as repercussões serão para a saúde mental e física da trabalhadora.

O recorte desse objeto permitiu-nos estabelecer como objetivo da pesquisa, identificar os fatores determinantes de prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. No tocante aos objetivos específicos, foram definidos, para este estudo, os seguintes: caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico das trabalhadoras de enfermagem no contexto hospitalar; estimar a prevalência de riscos para transtornos mentais comuns entre as trabalhadoras de enfermagem; descrever os fatores que contribuem para o prazer e sofrimento no processo de trabalho da equipe de enfermagem; apresentar as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas trabalhadoras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As condições de trabalho são constituídas por um conjunto de fatores interdependentes que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida de quem trabalha e nos resultados obtidos pelos trabalhadores. Na maior parte das vezes, esses fatores são agravados pela presença de agentes nocivos à saúde, representados pelos riscos ocupacionais no posto de trabalho. Esses riscos caracterizam-se como emocionais, cognitivos, levando ao desgaste e adoecimento (MARZIALE; ROBAZZI, 2000; SHOJI; SOUZA; FARIAS, 2015).

Nos sistemas de cuidado à saúde, o hospital é uma organização complexa, onde atuam diversos profissionais. Vários fatores podem desencadear riscos à saúde desses profissionais, dentre os quais precárias condições de trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, trabalho em turnos e no horário noturno, acúmulo de vínculos de emprego e convivência com a dor e o sofrimento de usuários e seus familiares.

A gênese e as transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho, como as trabalhadoras têm vivenciado a dinâmica laboral e que estratégias utilizam para melhorar a qualidade de vida, aumentando o prazer e diminuindo o sofrimento no trabalho, têm sido abordados pela psicodinâmica do trabalho. Em seus pressupostos, consideram que o trabalho tanto proporciona sofrimento como prazer, e as estratégias defensivas asseguram a saúde das trabalhadoras (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

2.1 TRABALHO: HISTÓRIA E NOVAS CONFIGURAÇÕES NO MUNDO CONTEMPORANEO

Compreender o processo de prazer, sofrimento e adoecimento pelo trabalho, tal qual se configura na rede de fatores que conformam o mundo do trabalho no mundo contemporâneo, requer entender o processo de constituição do trabalho ao longo da história humana. Para tanto, é preciso rever especialmente o advento da Revolução Industrial, que produziu profundas transformações na organização das relações de trabalho, na produção e nos processos de trabalho, com a instauração do sistema capitalista, que se consolidou como sistema econômico hegemônico no mundo.

Por outro lado, as transformações tecnológicas e econômicas que vêm ocorrendo no mundo têm ocupado importância central na vida das pessoas, ao possibilitarem, entre outras coisas, a inserção do homem nas redes sociais de pertencimento. No mundo do trabalho, o acentuado aumento do número de desempregados tem sido um problema que exige atenção,

pois, além de ser um meio de satisfação das necessidades básicas, o trabalho é também uma forma de desenvolver a integração, a autoestima, a identidade, o reconhecimento e a constituição da subjetividade. Afinal, como ponderam Heloani e Lancman (2004, p. 78), o trabalho “[...] é mais do que o ato de trabalhar ou de vender a força de trabalho em busca de remuneração, há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho como fator de integração a determinados grupos com certos direitos sociais”. Para Marx (2011), é por meio do trabalho que o homem se torna um ser social.

2.1.1 Da Antiguidade ao surgimento do sistema capitalista de produção

A palavra trabalho vem do termo latino *tripalium*, aparelho de tortura formado por três paus, aos quais eram atados presos, condenados e animais (MAYA, 2008).

Na Antiguidade, entendia-se que, ao trabalho, estavam associadas expressões como castigo, sofrimento e até tortura. Nessa época da história, havia uma distinção entre trabalho e labor, ocupação e emprego. O trabalho (*work*), a ação, corresponde à condição humana e considera as atividades que tenham utilidade e resultam em produtos ou bens de consumo não perecíveis, duráveis; já o *labour* é a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, a necessidade cuja finalidade é prover a própria subsistência (ARENDDT, 2002). As ocupações atendiam à satisfação pessoal e eram desenvolvidas por escolha própria; era uma atividade produzida por uma pessoa e voltada para as realizações pessoais e não para o sistema produtivo (WOLECK, 2002).

Woleck (2002) pondera que, na Antiguidade, por ser considerado negativo, tinha-se desprezo pelo trabalho, pois era considerado como um elemento de exploração e exclusão, uma atividade na qual se perdia a liberdade. Com isso, o “[...] significado do trabalho confundia-se com o de sofrimento” (WOLECK, 2002, p. 2).

Na Antiguidade, não se falava em emprego; este é um acontecimento da língua inglesa, datado de 1.400 d.C. Para Aristóteles, o trabalho “[...] tornava o homem escravo do mundo material e era, por conseguinte, indigno dos homens livres. O homem só se realizava verdadeiramente na vida teórica” (MAYA, 2008, p. 36). Para os gregos, o trabalho intelectual era nobre, porém o trabalho físico, o manual, era para escravos, portanto desprezado pelos homens livres. Na Grécia, Roma, Egito e em várias civilizações antigas, predominou o trabalho escravo (MAYA, 2008).

Na tradição de origem judaico-cristã, prevalente na Europa medieval, o trabalho apresentava-se como carga, pena e sacrifício impostos em virtude da perda e queda do homem

para uma condição de miséria na vida terrena. Nos primeiros momentos do cristianismo, o trabalho era tido como castigo, para afastar o homem do ócio e do pecado (MAYA, 2008).

No modo feudal de produção, os senhores feudais, os donos da terra, exerciam o controle sobre os trabalhadores, que pagavam ao senhor com produtos pela proteção e utilização da terra. Nesse período, teve início a relação de classes: a de grandes proprietários e a de “agricultores”, que dependiam da terra. O modo de produção capitalista tem seus primeiros desenhos no seio da sociedade feudal (MAYA, 2008).

Na Renascença, no âmbito da Reforma Protestante, Lutero argumentava que o trabalho seria o caminho para a salvação. Desse modo, iniciava-se a valorização da profissão, que seria uma vocação. Com isso, o homem devia cumprir a vontade de Deus, pelo trabalho e pela profissão (MAYA, 2008).

Para Marx (2011), existe diferenciação entre o trabalho humano e o trabalho animal, especialmente porque o homem é o único, dentre todas as espécies, que é detentor de pensamento e planejamento prévio à execução do trabalho. O trabalho como atividade vital consciente é uma característica do ser humano. O elemento que identifica o trabalho humano é a finalidade pré-concebida e a ação da qual resulta dispêndio de energia física ou intelectual (MARX, 2011). Braverman (1987) refere que o trabalho, atividade realizada pelo ser humano, é consciente, projetado na mente que molda sua concepção e tem sua origem na esfera social. Abbagnano (2007, p. 964) apresenta a seguinte definição e confirma o caráter teleológico do trabalho que indicaria, assim, a parte da filosofia natural que explica a finalidade das coisas:

[...] é a atividade cujo fim é utilizar as coisas naturais ou modificar o ambiente e satisfazer às necessidades humanas. Por isso, o conceito de trabalho implica: 1) dependência do homem em relação à natureza, no que se refere à sua vida e aos seus interesses: isso constitui a necessidade, num de seus sentidos; 2) reação ativa a essa dependência, constituída por operações mais ou menos complexas, com vistas à elaboração ou à utilização dos elementos naturais; 3) grau mais ou menos elevado de esforço, sofrimento ou fadiga, que constitui o custo humano do trabalho.

Antes da Revolução Industrial, o trabalho não se fazia com o objetivo de atender ao mercado. Existiam os trabalhadores artesãos e também, no princípio da Idade Média, os membros de uma família que produziam artigos para o consumo e não para a venda. Durante toda a Idade Média perdurou o sistema de corporações, no qual a produção era realizada por mestres artesãos independentes, com dois ou três empregados. Nessa estrutura, esses trabalhadores eram donos tanto da matéria-prima que utilizavam quanto das ferramentas com as quais trabalhavam. Eles não vendiam o trabalho, mas o produto do trabalho. Com o declínio das relações servis do sistema feudal, mas ainda na Idade Média, ocorreu um

progressivo florescimento das cidades, das atividades econômicas baseadas em trocas, e da especialização de ofícios. Os servos foram se emancipando e organizando o trabalho urbano, ao se tornarem padeiros, sapateiros, tecelões etc. Essas especialidades eram agrupadas em corporações de ofícios ou guildas, associações profissionais de defesa mútua, destinadas a proteger seus interesses e lutar contra a aristocracia (HUBERMAN, 1976).

Entre os séculos XV e XVIII, fase comumente denominada de Idade Moderna, o sistema econômico predominante foi o mercantilismo e ocorreu em vários países da Europa, como Portugal, França, Inglaterra e Espanha, inaugurando uma nova tendência baseada no capitalismo comercial, no florescimento do comércio e no surgimento da burguesia. Outra característica fundamental dessa fase foi a intervenção do Estado na economia. Com isso, o Estado buscava garantir o seu desenvolvimento comercial e financeiro por meio de um conjunto de políticas de controle e incentivo. A expansão do capitalismo comercial, entre os séculos XV e XVIII, assim como a propagação das ideias mercantilistas, provocou o avanço do comércio e criou condições para o surgimento do modo de produção capitalista (BRESSER-PEREIRA, 2011).

A descoberta de novas cidades, com as novas rotas marítimas entre o Ocidente e o Oriente, e o contato com novas civilizações permitiram a ampliação do comércio entre as cidades europeias. O período do mercantilismo marcou a passagem cada vez mais acentuada do homem artesão, detentor de seu ofício e de seus meios de produção, para o homem trabalhador assalariado. É também nesse momento que se configura a ideia do trabalho como mercadoria. Nessa fase, a aristocracia proprietária de terras é ainda dominante, mas uma grande classe média burguesa começa a emergir (BRESSER-PEREIRA, 2011).

Com a Revolução Industrial, a sistematização dos métodos de produção e a condição do trabalho sofreram mudanças e o trabalho tornou-se fragmentado. As tarefas de pensar o trabalho e sua execução foram separadas. Desse modo, as tarefas passaram a ser prescritas, e o trabalho foi despojado de autonomia. Na sociedade capitalista, o trabalho produtivo, que produz mais-valia oriunda do excedente do trabalho, ocorre com o dispêndio de energias físicas e intelectuais e transforma a própria força de trabalho em capital, em condição necessária à geração de lucros para o capitalista (MARX, 2011). É produzido e tem como finalidade a troca e resulta em mercadoria. O trabalho produtivo é todo trabalho que produz riqueza imediata. Entretanto, para o trabalhador que surge desse modo de produção capitalista, uma significativa mudança ocorre: o valor da sua força de trabalho é dependente de um salário, do cumprimento de uma jornada de trabalho, e da perda de sua subjetividade (MARX, 2011).

O trabalho improdutivo existe em todas as sociedades. Para Marx (2011), não são considerados trabalhos produtivos: as mercadorias usadas para consumo ou mesmo os serviços que se compram. Portanto, aqueles que os exercem não são trabalhadores produtivos. O trabalho produtivo e improdutivo são categorias objetivas que se particularizam pela função social que exercem: o primeiro produz mais-valor e o segundo não. Dessa forma, o trabalho intelectual, no modo produtivo, cumpre a função de controle, sendo, portanto, um trabalho improdutivo.

O trabalho assalariado, que surge com o capitalismo, diferencia-se dos demais modos de produção. É na troca que o valor do trabalho se manifesta e torna-se um trabalho social, porque é produzido não para consumo individual do seu produtor, mas para a venda; é produzido para outros. Na composição do processo de trabalho estão presentes: o trabalho como atividade adequada a um fim; os elementos naturais, como terra e água ou outras matérias-primas, que são resultado de trabalho anterior; o objeto do trabalho; e os instrumentos, que exercem a função de mediação entre a vontade humana e seu objeto de trabalho (MARX, 2011).

A grande mudança no sistema capitalista ocorre “[...] com a divisão do trabalho, onde existe uma separação entre a concepção e a atividade realizada” (BRAVERMAN, 1987, p. 12). A divisão social do trabalho sempre existiu em todas as sociedades, entretanto, com a Revolução Industrial, intensificou-se e fragmentou as tarefas, aumentando a produtividade. No capitalismo, a divisão social do trabalho expressa-se nas funções individuais ou coletivas produtivas nas estruturas socioeconômicas. A divisão do trabalho, em sociedades tradicionais, correspondia à divisão de papéis por gênero e, posteriormente, pela divisão das atividades, como a agricultura, o artesanato e o comércio. Com o regime capitalista, fragmentou-se em maior intensidade visando à produtividade (BRAVERMAN, 1987). A divisão social do trabalho é o “[...] trabalho executado na sociedade e através dela” (BRAVERMAN, 1987, p. 72).

A divisão social do trabalho expressa meios de segmentação da sociedade. No caso de sociedades onde não há uma divisão social do trabalho, os indivíduos estão integrados na coletividade pela tradição e pelo costume. Na divisão social do trabalho, o indivíduo perde o controle do processo de produção e do produto de seu trabalho. Por outro lado, a divisão do trabalho no modo capitalista busca a valorização do capital, por meio da mais-valor, isto é, do valor excedente produzido pelo operário e apropriado pela burguesia (MARX, 2011).

O controle que existia nas fábricas, em períodos anteriores, foi reproduzido para outros níveis e tipos de ocupação e locais de trabalho, a exemplo dos hospitais e das escolas (DEJOURS, 1992; MATOS; PIRES, 2006). Na modernidade, principalmente na área de

saúde, as ocupações têm apresentado um nível de parcelamento muito abrangente. Se, por um lado, isso acelera a produtividade, por outro, produz alienação profunda na sociedade. Sobre as consequências da “divisão parcelada do trabalho”, limitou cada indivíduo às esferas profissionais particulares e exclusivas. Essa divisão, consoante Pires (1988, p. 70):

[...] é uma característica da organização do trabalho que é determinada nos diversos momentos históricos pelo modo de produção típica de cada sociedade, portanto cabendo aos homens enquanto grupo social, definir a forma como se relacionam com a natureza e a forma como reproduzem a sua vida social.

Braverman (1987, p. 72) assim pondera sobre os efeitos dos diferentes tipos de divisão que ocorrem no trabalho:

[...] a divisão social do trabalho divide a sociedade em ocupações cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção.

Seligmann-Silva (2011) analisa as repercussões do sistema capitalista sobre os efeitos negativos da divisão do trabalho e aponta o corte na identidade do trabalhador como uma consequência importante dessa divisão, com efeitos na saúde psicossocial e com desgaste para sua saúde mental.

O processo de revolução capitalista chega mais tardiamente no Brasil. Entra em razão de ainda estar como colônia de Portugal, no período da Revolução Industrial em curso na Inglaterra, e sofre os efeitos do Pacto Colonial imposto pela coroa portuguesa. Nesse momento, não era permitida a abertura de indústrias, cabendo aos colonos comprar os produtos manufaturados de Portugal (BARROS, 2017).

A história do trabalho no Brasil guarda estreita relação com o trabalho escravo, afastado de qualquer tipo de regulamentação ou mecanismo de proteção dos indivíduos afetados pelo regime escravocrata. De acordo com Barros (2017), no regime escravista não se pode falar de relação de trabalho conforme entendemos hoje, a qual pressupõe a existência de dois sujeitos de direito. No sistema escravista, isto é ausente em razão de o escravo ser visto como coisa ou objeto de propriedade e não como sujeito de direito.

O modelo escravagista sustentava o sistema econômico do país, fortemente calcado na agricultura. O modo de produzir gerado pela Revolução Industrial começou a se desenvolver em nosso país somente no final do século XIX e começo do século XX, depois do fim da escravidão, da proclamação da República e, com mais ênfase, a partir da década de 1920.

Foram os ricos cafeicultores de São Paulo, com capital de sobra originário das exportações de café, que começaram a investir no setor industrial já na segunda metade do século XIX, com a instalação de fábricas têxteis e de gêneros alimentícios. Essas transformações no sistema econômico e político brasileiro provocaram a necessidade de implementar uma legislação de proteção ao operário, que teve início na década de 1920. Entretanto, só em 1926, o trabalho emergiu na Constituição. A Constituição de 1934 legisla sobre a jornada de trabalho, férias, trabalho de menores e assistência médica (BRASIL, 1934).

Para os economistas, o trabalho é fonte de riqueza, já que capital e trabalho influenciam no crescimento econômico e depende de fatores de produção. O desenvolvimento da tecnologia é responsável por modificar o conceito de trabalho, que passa a ser avaliado por novas formas de aprendizado e novas técnicas de gerenciamento de produção. Segundo Bresser-Pereira (2008, p. 1): “O desenvolvimento econômico de um país [...] é o processo de acumulação de capital e incorporação de progresso técnico ao trabalho e ao capital que leva ao aumento da produtividade, dos salários, e do padrão médio de vida da população.” O aumento da produtividade ou de produção por trabalhador ocorreu também com a transferência da mão de obra para setores com maior conteúdo tecnológico. Tais fatores colaboram, teoricamente, para aumentos salariais e padrões de vida mais altos. O desenvolvimento econômico tem influência nas mudanças culturais e no aumento dos padrões de vida. Assim, sempre que ocorre o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico, vai haver desenvolvimento social e rendas menos desiguais. “O desenvolvimento econômico decorre tanto da acumulação de capital físico quanto humano [...]” (BRESSER-PEREIRA, 2008, p. 10).

2.1.2 Organização do Trabalho no Século XX

No início do século XX, o mundo do trabalho sofreu uma série de intervenções que resultaram em novos processos de organização. Estes foram estruturados com base em abordagens da administração e seus modelos teóricos, para a organização do processo de trabalho.

A abordagem estrutural da administração abarcou três importantes colaboradores: os americanos Frederick Winslow Taylor, Henry Ford e o francês Henri Fayol. As abordagens desenvolvidas por esses engenheiros compartilham a suposição de que as pessoas são racionais e, na sua relação com o trabalho, focalizam os ganhos econômicos e identificam como responsabilidades gerenciais as funções de planejamento, organização, liderança e controle (SCHERMERHORN JUNIOR; HUNT; OSBORN, 1999).

O modelo taylorista, introduzido por Taylor (1856-1915) e denominado de Teoria da Administração Científica, surgiu na década de 1920, como uma reação aos precários métodos de organização vigentes no processo produtivo industrial das indústrias americanas do fim do século XIX e início do século XX. A Administração Científica constituía-se numa teoria científica da administração baseada na ciência positiva, que enfatizava uma forma de organização e gerenciamento pautada no controle, na hierarquia e na disciplina. Fundamentava-se na divisão de tarefas para obter maior produtividade na especialização, aplicando a tecnologia de linhas de produção (HARVEY, 1989).

Taylor estudou como a produtividade no trabalho podia ser aumentada com base na divisão do trabalho, cabendo à gerência a responsabilidade e o controle do processo produtivo. Os trabalhadores executavam o trabalho cumprindo a hierarquização, um dos princípios básicos da organização do processo de trabalho (TAYLOR, 1970).

As principais características ou princípios do modelo taylorista podem ser assim descritos: foco na análise do trabalho, especialmente do tempo, e nos movimentos gastos para a execução das atividades produtivas; divisão do trabalho e especialização do operário, cada um se especializaria e desenvolveria as atividades para as quais tivesse mais aptidões; desenho de cargos (especificar o conteúdo de tarefas de uma função) e tarefas, como executar, e as relações com os demais cargos existentes; incentivos salariais e prêmios por produtividade; padronização de métodos de trabalho e de máquinas; supervisão funcional (os operários são supervisionados por supervisores especializados, e não por uma autoridade centralizada). (CHIAVENATO, 2003; MATOS; PIRES, 2006; TAYLOR, 1970).

No modelo da Administração Científica proposto por Taylor, foram desenvolvidos estudos acerca da fadiga humana, enquanto elemento que predisporia o trabalhador à diminuição da produtividade e à perda de qualidade, acidentes, doenças e aumento da rotatividade de pessoal. Outro enfoque da Administração Científica foi a preocupação com as questões das condições de trabalho e o conforto do operário. Com isso, o ambiente físico ganhou valor, não porque as pessoas merecessem, mas porque eram essenciais para o ganho de produtividade. Com essa teoria é cunhado o termo *homo economicus* (homem econômico), segundo o qual o homem é motivado por recompensas salariais, econômicas e materiais (TAYLOR, 1970).

Críticas ao taylorismo argumentam que esse método promoveu uma excessiva fragmentação do trabalho e transformou o “[...] ser humano numa peça de engrenagem no sistema de produção” (ANTUNES, 2011, p. 195), causando insatisfação, absenteísmo, sabotagens e movimentos grevistas. Portanto, os efeitos desse tipo de administração foram

mais negativos do que benéficos para a classe trabalhadora. No modelo taylorista, a subjetividade do trabalhador é eliminada pela alienação das “mentes” dos trabalhadores, produzindo desmotivação (HARVEY, 1989).

Concomitantemente ao modelo da Administração Científica, que vigorou entre as décadas de 20 e 40 do século XX, surgiu a abordagem da Teoria Clássica da Administração, formulada por Fayol (1841-1925). Nesta abordagem, considerada complementar à proposta por Taylor, o estudo do trabalho ganha uma nova dimensão, pois se busca garantir melhor custo/benefício ao sistema de produção, com fundamento no princípio do planejamento, do controle e da execução, utilizando um modelo baseado na racionalização da estrutura produtiva e administrativa (FELLI; PEDUZZI, 2005; SANT’ANNA; KILIMNIK, 2011).

No modelo proposto por Fayol, os princípios básicos componentes são: divisão do trabalho e especialização dos funcionários desde o topo da hierarquia até os operários da fábrica, favorecendo a eficiência da produção com aumento da produtividade; autoridade baseada na disciplina com unidades de comando; controle único, executado pela direção, é possibilitado com a aplicação de um plano para grupos de atividades com os mesmos objetivos; subordinação dos interesses individuais ao interesse geral; linha de comando (hierarquia) pela defesa incondicional da estrutura hierárquica; estabelecimento de regras e regulamentos para definir direitos e deveres do trabalhador (MATOS; PIRES, 2006). Para Chiavenato (2003, p. 84):

Essa maneira de conceber a estrutura organizacional é influenciada pelas concepções antigas de organização (como a organização militar e a eclesiástica) tradicionais, rígidas e hierarquizadas. Nesse aspecto, a Teoria Clássica não se desligou do passado. Embora tenha contribuído para tirar a organização industrial da confusão inicial que enfrentava em decorrência da Revolução Industrial, a Teoria Clássica pouco avançou em termos de uma teoria da organização.

O modelo da organização do trabalho proposto por Taylor era baseado na produção e no operário para resultados na quantidade produtiva e padronizada. No modelo proposto por Fayol, existia uma visão mais gerencial, baseada na especialização funcional e na separação entre concepção e execução do trabalho, além da disciplina, autoridade e divisão do trabalho. Os cargos eram ocupados por pessoas capacitadas, com conceitos mecanicistas e rígidos sobre a organização do trabalho. Novas teorias surgiram, com abordagens mais flexíveis, que buscavam entender o binômio formado por organização e trabalhador (SANT’ANNA; KILIMNIK, 2011).

No período de 1927 a 1932, tiveram início os estudos realizados por Elton Mayo, precursor de pesquisas sobre o comportamento humano no trabalho, que realizou, durante cinco anos, na oficina de Hawthorne da Companhia Western Electric em Chicago, estudos sobre a importância da humanização e democratização do trabalho industrial. Em seus experimentos, Mayo constatou a relação entre satisfação no trabalho e maior produtividade, maior autonomia e controle sobre o ritmo de trabalho e concluiu que o trabalho humano era influenciado não apenas por aspectos do ambiente do trabalho, mas também por características particulares de cada indivíduo e pelas relações que ele estabelecia com o grupo (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).

Os resultados dos estudos de Mayo e seus colaboradores foram a base para a formulação da Teoria das Relações Humanas, que se colocava frontalmente em oposição ao modelo da Teoria Clássica. A Teoria das Relações Humanas conservava influência de estudos da área das Ciências Sociais, especialmente da Psicologia, e de uma abordagem mais humanística. Para Kurcgant (1991), a escola das Relações Humanas considera a importância social e não apenas as demandas de ordem biológica, em que o homem e, por conseguinte, o homem trabalhador, possui necessidades de segurança, afeto, reconhecimento e autorrealização e é motivado por recompensas, sejam estas sociais ou materiais.

Essa concepção enfatiza, portanto, a dimensão dos incentivos psicossociais e da motivação como mecanismos que alavancam a ação do trabalhador e o faz capaz de atingir os objetivos organizacionais, ao mesmo tempo em que se contrapõe à visão do *homo economicus* da Teoria da Administração Clássica, movido por recompensas materiais e econômicas (MATOS; PIRES, 2006).

A motivação gerada por recompensas e sanções sociais, especialmente a de reconhecimento do grupo, torna-se um aspecto central da Teoria das Relações Humanas e irá inspirar outros estudos e o desenvolvimento de teorias da administração baseadas nas dimensões motivação, liderança, comunicação, organização informal e dinâmica do grupo.

A Teoria Burocrática de Max Weber (1864-1920), que alcançou popularidade na década de 1940, tem características da organização formal voltada para a racionalidade e para a eficiência e parte dos aspectos do modelo burocrático encontrado em Taylor e Fayol. A burocracia tem as seguintes características: divisão do trabalho, hierarquia de autoridade, racionalidade, regras e padrões, compromisso profissional, registros e escritos e impessoalidade (CHIAVENATO, 2003).

No estudo realizado por Hackman e Oldham (1974), ficou evidente a ideia de que as características das tarefas conduzem a estados psicológicos críticos. Isto é, quando o

indivíduo percebe que o trabalho é importante, sente-se motivado e satisfeito no trabalho (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011). Estes autores apresentam cinco dimensões do trabalho que produzem estados psicológicos críticos no trabalhador e resultam num conjunto positivo de resultados segundo o modelo proposto por Hackman e Oldham:

- a) variedade de competências – refere-se ao grau de exigência e talentos no que diz respeito às competências, atividades e conhecimentos para a realização de uma determinada tarefa;
- b) identidade das tarefas – refere-se ao grau requerido para a execução de um trabalho, em que se consegue identificar princípio e fim; o resultado é visível, o indivíduo consegue identificar esse trabalho como seu;
- c) significado – refere-se ao impacto das tarefas para os trabalhadores, a organização e a sociedade. Assim, quanto maior o impacto, maior o significado do trabalho;
- d) autonomia – grau de liberdade e independência quanto ao planejamento de tarefas e procedimentos a serem utilizados; e
- e) *feedback* – forma de transmitir ao indivíduo, de maneira clara, se a sua tarefa foi bem executada e quais os níveis de desempenho alcançados.

Maslow (1954) chama a atenção dos gestores para o fato de que as necessidades humanas não são apenas de ordem econômica, mas incluem também as sociais, psicológicas, de autorrealização e de crescimento pessoal. Entretanto, entre todos os métodos de organização do processo de trabalho criados na primeira metade do século XX, nenhum alcançou tanta repercussão, representatividade e capilaridade no mundo do trabalho como o fordismo.

Segundo Fraga (2005), o fordismo configura-se enquanto método de racionalização da produção em massa e estabelece-se na lógica do capitalismo pesado, característico de grande parte do século XX. Desenvolve-se por meio de atividades executadas por trabalhadores potencialmente vinculados à indústria, com base em movimentos simples, rotineiros e predeterminados.

O método fordista foi criado por Henry Ford (1863-1947), dono da indústria automobilística Ford nos Estados Unidos, mas se integra às teorias de Taylor. Ford aperfeiçoou o taylorismo com base em dois princípios adicionais: a integração das etapas do processo de trabalho e a fixação dos trabalhadores em postos de trabalho designados. O fordismo apoiou-se em cinco pilares: produção em massa, parcelamento de tarefas com a divisão do trabalho, criação de uma linha de montagem que congrega as diferentes atividades,

realização de controle e automatização das fábricas. Esclarece Harvey (1989, p. 122): “[...] o modo como o sistema fordista se estabeleceu constitui, com efeito, uma longa e complicada história que se estende por quase meio século [...]”

Consoante Harvey (1989), o modelo fordista tinha como objetivo principal a redução dos custos de produção, com barateamento do produto e aumento da produtividade. A maximização da produtividade seria possível pelo duplo controle dos movimentos da maquinaria e do trabalhador, o que transformou a relação homem e máquina. Agora, o trabalhador estaria adaptando seu corpo e seus movimentos ao ritmo automatizado de uma máquina (FRAGA, 2005).

As principais características desse modelo eram: separação entre o trabalho planejado e o executado, obediência e atendimento a comandos, rotinas de trabalho, produção e consumo de massa. A concepção do fordismo era disciplinar o trabalhador para adquirir aumento da produtividade, porém o que estava nessa negociação era permitir ao trabalhador a aquisição de renda para, principalmente, consumir os produtos produzidos em massa (FRAGA, 2005).

Se o método taylorista estabelece a execução padronizada das tarefas, o fordismo, posteriormente, funda as especializações dos empregados na linha de montagem. No sistema proposto por Ford, a produção e a divisão do trabalho eram estruturadas de maneira rígida e todas as iniciativas dependiam dos gestores, excluindo, assim, grande parte dos trabalhadores do seu processo decisório. O fordismo representou uma verdadeira revolução nas relações sociais de produção, precisamente por se centrar na decomposição rigorosa das tarefas, entre as atividades especializadas e não especializadas, sendo as primeiras executadas por uma pequena parte de trabalhadores e a segunda, por uma grande massa de operários não especializados (CLARKE, 1991). Na década de 1970, ocorreu o esgotamento do modelo taylorista/fordista, enquanto modelo hegemônico, levando organizações e gestores a pensarem em novas formas de gestão, divisão e organização do trabalho (LACAZ, 2000).

Harvey (1989) refere que, no período do pós-guerra, o fordismo aliou-se a outro modelo, o keynesianismo, dando início a um período de expansão internacional. A teoria de Keynes permitiu às economias capitalistas o acúmulo de capital, proporcionando estabilidade econômica. Nesse modelo econômico, preconiza-se a ação do Estado na promoção e sustentação do pleno emprego em economias empresariais e, principalmente, manter o pleno emprego dos recursos disponíveis e da força de trabalho, isto é, a priorização do emprego como objetivo de política econômica (FERRARI FILHO; TERRA, 2016). Na política fordista, porém, o consenso é que “[...] as redistribuições deviam se basear no crescimento, a

redução desse crescimento significava problemas para o bem-estar social e do salário social" (HARVEY, 1989, p. 157). Nos mercados nacionais e internacionais, a ação do Estado desempenha um importante papel na produção do espaço e na internacionalização dos capitais, criando condições para a expansão do capital em escala mundial.

O fordismo e as estratégias utilizadas para acumulação do capital tornaram-se inadequadas, manifestando-se em uma crise que produziu uma reestruturação produtiva, com a introdução de novas técnicas administrativas e gerenciais que associavam tecnologia, terceirização e flexibilidade na produção. Os grandes estoques deixaram de existir e surgiu o trabalho por encomenda "produzido na hora", num modelo que passou a ser compreendido como o de acumulação flexível.

Depois da Segunda Guerra Mundial, o japonês Taiichi Ohno criou o toyotismo, sistema que foi implantado pela primeira vez na fábrica da Toyota no Japão, expandindo-se pela Europa e Estados Unidos na década de 1980. O toyotismo emergiu como modelo hegemônico de produção no contexto de reestruturação produtiva ocorrido mundialmente a partir da década de 1970. O seu desenvolvimento foi uma resposta ao crescente processo de acumulação do capital. Sua característica, naquele momento histórico, foi a concorrência e a necessidade de uma nova forma de "[...] subjetividade da força de trabalho e do trabalho vivo" (ALVES, 2005, p. 414).

O toyotismo, alicerçado nos princípios do *just-in-time* e da automação, agia de forma que fosse produzido apenas o necessário. Por isso, sua característica foi flexibilizar a fabricação de mercadorias. A vantagem do toyotismo, pelo fato de sempre agir conforme a configuração do mercado, era garantir sempre a atualização da produção. O trabalhador fabril também assumia outras funções. Nesse modelo, esperava-se que o trabalhador assumisse múltiplas funcionalidades, e isto exigia uma mão de obra mais qualificada e reduzia a quantidade de trabalhadores dentro da indústria. A perspectiva desse modelo, diferente do fordismo, no qual o trabalho era contratado e regulamentado, passava a ser os novos modos de regulação entre capital-trabalho, com flexibilização nessas relações. Com isso, uma empresa almejava ter um menor número de trabalhadores e maximizar sua produtividade (ALVES, 2005).

Nesse padrão, visa-se a flexibilidade. O trabalhador deve ser ágil e flexível, qualificado, polivalente e capaz de ocupar diferentes postos de trabalho. Tal modelo tem por objetivo a qualidade, a eficiência, a iniciativa e a inovação, fomentando a ideia de proatividade e implicação do trabalhador na produção e nas decisões. Também se fundamenta no trabalho em grupo e na participação dos trabalhadores nas decisões e inovações tecnológicas (ALVES, 2005).

O toyotismo estabeleceu grande número de inovações, a exemplo de a produção passar a vincular-se à demanda dos produtos e fundamentar a ideia de trabalho em equipe, com funções multivariadas. Essa ideia da administração participativa coloca-se como uma das características do toyotismo e revela a perspectiva da estruturação produtiva baseada no consentimento do trabalhador, num processo de captura do pensamento deste, incorporando ao processo de trabalho suas iniciativas afetivo-intelectuais. Nessa perspectiva, o trabalhador é convocado a “pensar soluções”, e é envolvido na busca de respostas, o que estimula a competição entre empregados, cada um supervisionando o outro, naquilo a que Alves (2005) irá denominar de captura da subjetividade do trabalho vivo.

Esses métodos de organização do trabalho são processados, segundo Alves (2005, p. 14), pelo mecanismo da “emulação pelo medo”, num constante mecanismo de intensificação do trabalho e de suas rotinas, que produzem modos específicos na relação dos trabalhadores com o sofrimento e com seus corpos e subjetividades. Para esse autor, o sofrimento físico e psíquico de trabalhadores, nesse modelo, amplia-se com aumento do estresse, das lesões por esforços repetidos e do surgimento de doenças psicossomáticas. Ao mesmo tempo, produz uma relação do trabalhador com seu corpo, que o torna central em sua existência, um corpo útil, disciplinado e submisso, que fornece as bases, dentre outros elementos, do fenômeno do “culto ao corpo” para o conjunto mais amplo da sociedade.

2.1.3 Flexibilização e Precarização nas Relações de Trabalho

No trabalho contemporâneo, o termo flexibilização é utilizado para se referir às diversas formas de modificação das regulações do direito do trabalho. Teve surgimento nas economias mundiais no fim da década de 1970 e, no Brasil, a partir da Reforma do Estado, ocorrida na década de 1990. A flexibilização está intrinsecamente relacionada ao processo de acumulação flexível que forneceu a base do toyotismo. Sua ênfase recai sobre a financeirização da economia e suas profundas repercussões nos modos de trabalho, como a introdução da descartabilidade e desregulamentação e seus mecanismos de atuação, como a precarização e a terceirização (DRUCK, 2011).

Algumas formas de terceirização ocorrem desde 1980, a exemplo de trabalho a domicílio – seja tradicional ou na forma de teletrabalho (*home Office*), estágios (em empresas e bancos estatais) e cooperativas. Desse modo, entende-se a terceirização como uma das formas de flexibilização do trabalho, com a transferência da atividade do trabalhador de um

“empregador” para um “terceiro”, que deveria responder pela relação empregatícia (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Atualmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define trabalho precário como aquele geralmente mal pago, inseguro, desprotegido e insuficiente para sustentar um domicílio. No Brasil, dos 92 milhões de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho em 2009, cerca de 50% eram informais e não desfrutavam de muitos direitos trabalhistas constitucionais, o que tornava o trabalho uma atividade arriscada e incerta (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2010).

Hirata (2009) ressalta alguns indicadores de trabalho precário: horas reduzidas no trabalho, que resultam em salários baixos; níveis baixos de qualificação; ausência de proteção social e de direitos sociais (previdência social, aposentadoria e férias); e desemprego.

A precarização do trabalho é mostrada por indicadores, como a intensificação do trabalho, que atinge inúmeras categorias no serviço público e privado. Na concepção de Marx (2011, p. 230) “[...] mais trabalho significa mais valia [...]”, que seria a exploração do trabalhador quando aumenta a intensidade do trabalho e ocorre maior dispêndio de energia. De certa forma, essa associação entre intensidade e dispêndio de energia pode ser determinante na questão saúde/doença do trabalhador, na promoção de estresse, do sofrimento psíquico, do desgaste e de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), das doenças cardiovasculares e dos problemas gastrointestinais (DEJOURS, 1992, 2000; PITTA, 1989; SELIGMANN-SILVA, 2011). A intensificação e o ritmo do trabalho colaboram para o estresse, tornando o trabalhador desmotivado e fragilizado. Como consequência, pode produzir perda da identidade, aumento de acidentes no trabalho, esgotamento físico, adoecimento e afastamento, baixa qualidade de vida física e mental (ARAÚJO *et al.*, 2003; SELIGMANN-SILVA, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

No capitalismo, a intensificação do trabalho também é um modo de exploração da força de trabalho. É uma dimensão importante, que atinge valores, crenças e a identidade do trabalhador, além de provocar o desgaste físico, cognitivo e psíquico. A cobrança por uma elevada intensidade no trabalho está relacionada também com a automação e a demanda do comércio e das indústrias por aumento da eficiência produtiva das empresas (DRUCK, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011).

A precarização do trabalho e as formas de inserção do trabalhador no mundo contemporâneo refletem as desigualdades sociais, expressas em atividades produtivas sem proteção social aos trabalhadores ou com contratos precários, longe do que preconiza a OIT em relação ao trabalho decente. Este caracteriza-se como um trabalho produtivo, remunerado,

exercido em condições de liberdade e que garante a dignidade do ser humano. Está embasado na proteção social, eliminando as formas de discriminação, o trabalho forçado, o trabalho escravo e o infantil (DRUCK, 2011; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1999; SANTOS, T., 2012, 2018).

Outro tipo de precarização social é a perda da identidade individual e coletiva. Esse processo atua na redução de políticas de proteção, causa a instabilidade e diferentes formas de exclusão que levam à vulnerabilidade e ao enfraquecimento dos coletivos e dos espaços sociais, diferencia e iguala, conforme os vários grupos sociais, levando ao individualismo e à realização própria e também ao sucesso individual (DRUCK, 2011; FRANCO; DRUCK; SELIGMAN-SILVA, 2010). Lancman e Sznelwar (2004a, p. 75) referem “[...] assim, o coletivo aparece como um elo de suma importância e o ponto sensível da dinâmica intersubjetividade da identidade no trabalho (no triângulo da identidade, o ângulo outro representa a estrutura de um coletivo)”.

O trabalho precário expandiu-se no mundo em função do neoliberalismo e da globalização (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; HIRATA, 2009). Franco, Druck e Selligman-Silva (2010, p. 233) referem que “[...] a globalização consolidou o binômio precarização/flexibilização e a perda da razão social do trabalho”, o que evidencia o paradoxo da contemporaneidade: por um lado, vivenciamos um avanço inquestionável da ciência e da tecnologia, ao mesmo tempo em que esses avanços contribuem para retrocessos sociais intensos, com aumento da exclusão social e da crescente precarização do trabalho, fatores que contribuem para o sofrimento e o adoecimento dos indivíduos. As autoras enfatizam que, ao longo do tempo, o trabalho contribuiu para a inclusão social, porém, no momento, os recuos são profundos com “[...] naturalização da injustiça e do trabalho precário” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 230).

Na década de 1970, a doutrina neoliberal aproveitou o momento de recessão econômica, com geração de altas taxas de desemprego, que afetou as relações de trabalho, o direito a educação, a saúde, ao lazer, a habitação, além do achatamento dos salários. A ocorrência de transformações nas relações e nas condições de trabalho no modelo neoliberal traz reflexos negativos para o trabalhador, com crescimento dos subempregos, aumento da terceirização e das cooperativas, trabalhos precários e baixos salários, além de aumento da competitividade entre os trabalhadores. Destes exige-se que sejam cada vez mais polivalentes e multifuncionais, e isto contribui para a redução do seu número. “É um fenômeno macro e microsocial” (DRUCK, 2011, p. 37). Para Gonçalves *et al.* (2015, p. 646): “O neoliberalismo

não é só uma doutrina, mas também uma filosofia social e de valores morais, a qual transformou radicalmente a vida na sociedade e as relações de trabalho.”

Segundo Antunes e Druck (2015, p. 24), na atualidade, estamos vivenciando aquilo que se denomina de “desconstrução do trabalho”, provocada pela ampliação de modos de trabalho informais e precarizados, bem como pela eliminação da legislação concernente aos direitos de proteção dos trabalhadores. A precariedade obriga os trabalhadores a aceitarem a submissão, na qual prevalece a dominação e a permanente insegurança (BOURDIEU, 1998). Quando as relações sociais tornam-se mais frágeis, maior é a propensão à dominação (FRANCO, 2011).

A flexibilização e a precarização nas relações de emprego acarretam, segundo Druck (2011, 2016), piora nas condições de trabalho e no tempo dispensado pelo trabalhador ao trabalho, com repercussões nas suas condições de saúde, a exemplo do envelhecimento prematuro, adoecimento, doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas e sintomas psíquicos, além de acidentes. Para Franco, Druck e Selligman-Silva (2010, p. 232), a permanência da “[...] lógica produtiva que regia as relações capital/trabalho do século XIX [...]” compromete as futuras gerações, priva o trabalhador de um trabalho digno e expressa retrocessos sociais e crescente precarização. Costa, Vieira e Sena (2009) ponderam que fatores vivenciados na atualidade, como a disseminação da precarização e da violência no trabalho, com ampliação da injustiça social, criam condições para o adoecimento dos trabalhadores.

Precarização, terceirização e desregulamentação do mundo dos assalariados e suas diferentes modalidades de contratação, aliadas a baixos salários amplificam a vulnerabilidade social e a insegurança e aumentam a propensão aos acidentes de trabalho em função da exposição aos agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. Esse processo promove o desgaste mental e o adoecimento, negando ao trabalhador a proteção conquistada ao longo do tempo, por meio de reivindicações e conquistas sindicais. Ao deixar de assegurar a qualidade de vida, contribui para a fadiga, para os quadros depressivos, além do consumo de álcool e de drogas que afetam a saúde dos trabalhadores (DEJOURS, 2000; FRANCO; DRUCK; SELIGMAN-SILVA, 2010; HIRATA, 2005, 2009).

O setor saúde também não ficou imune a todos esses novos modos de relação entre capital/trabalho. Cada vez mais essa área, em que o trabalho humano é fundamental, poder-se-ia afirmar até que é imprescindível, passou a incorporar a flexibilização nas relações de trabalho, tanto no setor público como no privado, com os contratos temporários e as cooperativas. Para Felli e Tronchin (2005), as constantes mudanças na forma de organização

do trabalho no contexto mundial têm gerado inúmeras discussões e repercussões a respeito da saúde física, psíquica e da qualidade de vida do trabalhador, incluindo o trabalhador da área da saúde, que também tem sido profundamente afetada pelas mudanças na reorganização contemporânea do processo de trabalho.

A tecnologia, na área da saúde, tem sido determinante e predominante para a eficácia do tratamento. Nesse processo de produção, o ser humano é importante, mas sente-se descartável (PITTA, 1989; TRAESEL; MERLO, 2011). A integração entre os aspectos individuais e intelectuais é necessária para a manutenção da estrutura institucional. O trabalho em saúde “[...] produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida” (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p. 7).

O modelo assistencial, nos serviços de saúde e no trabalho hospitalar, na atualidade segue o modelo neoliberal, com a precarização dos vínculos de trabalho no setor público e a terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos. O trabalho, nessa área, é coletivo e individual, dividido por atividades ou especialidades (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Diferentes profissionais as executam de acordo com suas especialidades (médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) e cada vez mais exige-se qualidade, com diminuição de custos, redução de salários, diminuição de postos de trabalho em decorrência das inovações tecnológicas, e desregulamentação de novas formas de inserção laboral (ANTUNES, 2011; MINAYO GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Ainda sobre as características do processo de trabalho em saúde, é importante frisar que suas transformações têm origem nos princípios da gerência científica, no modelo de Taylor, isto é, trabalho parcelado, e pelo controle na figura do gerente, pela eliminação da iniciativa e, porque não dizer, pela alienação no trabalho (SOUZA, M., 2011). Na atualidade, para atender às demandas capitalistas, “[...] o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço” (SOUZA, M., 2010, p. 342).

O panorama do final da década de 1990 proporcionou, para o setor saúde, a propagação de uma agenda de flexibilização administrativa e mudanças no padrão de práticas de gestão com inovações na organização dos serviços de saúde, particularmente nos hospitais. Algumas formas de administração alternativas ao direito público tradicional foram implementadas, tais como:

- a) fundações de apoio – entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas, para permitir agilidade na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU); contratação de recursos humanos; implementação de obras de infraestrutura por prazo determinado, com a finalidade de dar apoio a projetos de pesquisa, ensino e extensão;
- b) cooperativas de trabalho – arranjos legalmente instituídos e que frequentemente vendem serviços à rede pública;
- c) organizações de saúde – prestadoras de serviço de assistência, prevenção, cura e reabilitação. Pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Organizam-se de diferentes formas (clínicas, hospitais, serviços, unidades básicas) e suas atividades são dirigidas à saúde, à assistência social, ao ensino e extensão e à pesquisa (BRASIL, 1971; KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Para Druck (2016), a terceirização no Serviço Público tem início com a implantação das Organizações Sociais, em conformidade com a Lei nº 9.637/1998, para todos os serviços essenciais, como saúde, educação, ciência e tecnologia, desporto/lazer e meio ambiente. Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos os requisitos previstos nessa lei. No serviço público, “[...] a precarização é o meio principal que as forças neoliberais encontraram para atacar o ‘coração’ de um Estado social e democrático” (DRUCK, 2016, p. 15).

A terceirização é uma forma comum na iniciativa privada e nos serviços públicos, na qual empresas são contratadas de maneira exclusiva ou não, permanente ou não, para o desenvolvimento de atividades dentro da contratante, e tem sido mais frequente no setor produtivo e no de serviços (BARBOSA; ORBEM, 2015).

As principais formas de terceirização, hoje, no Brasil, são as de incorporação de trabalhadores cooperativados, denominadas de Personalidades Jurídicas (PJ), e as empresas de prestação de serviços internos. Os cooperativados recebem salários inferiores aos dos profissionais estatutários e dos formalmente contratados pela CLT, fato que tem reflexo importante no setor de saúde, inclusive no trabalho de enfermagem (BARBOSA; ORBEM, 2015).

Em relação ao regime jurídico das cooperativas, Pessoa (2009, p. 51) pondera que a Lei n. 5.764/71, em seu art. 3º, estabelece: “Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro”. Assim, cooperativas são sociedades de pessoas, de natureza civil, constituídas para prestar serviços aos associados sem existência de vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquelas. As cooperativas são organizações voluntárias abertas a todas as pessoas aptas a utilizar seus serviços e assumir responsabilidade como membros. O funcionamento da empresa é controlado pelos sócios, que possuem “[...] liberdade de associação e desligamento” (PESSOA, 2009, p. 51).

Na corrente que defende a flexibilização como estratégia de criação de empregos, podem-se localizar as raízes para novos tipos de contratação de trabalho, no qual o próprio trabalhador constitui-se em pessoa jurídica equiparada a uma empresa, sem proteção social (PESSOA, 2009). Essa relação de trabalho constitui a pejetização, modalidade legal de relação trabalhista lícita, na qual há uma relação interempresarial regulada pelo Direito Civil, em que o trabalhador presta os serviços na empresa contratante por meio de um contrato de prestação de serviços concretizado entre a empresa contratante e a pessoa jurídica do trabalhador, não havendo a incidência de qualquer direito trabalhista (BARBOSA; ORBEM, 2015). Para esses autores “A pessoa contratada como ‘pejota’ vende sua força de trabalho como empresário ou trabalhador autônomo, transparecendo ‘suposta’ autonomia na execução das atividades”. (BARBOSA; ORBEM, 2015, p. 6).

Na pejetização, o empresário/assalariado perde todos os direitos trabalhistas, o contrato é entre empresas, o trabalhador não tem nenhum direito social trabalhista, nem direito ao gozo de férias, a empresa não paga a alíquota do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), está livre do aviso prévio proporcional ao tempo de serviço. Existe uma corrente que defende essa prática por trazer, para os trabalhadores, a opção de transformarem-se em pessoas jurídicas, abdicando da condição de empregados (BARBOSA; ORBEM, 2015).

O padrão de relações de trabalho mais tradicional no Brasil tem características de trabalho assalariado, com contratos de trabalho por tempo indeterminado, empregos de longa duração para um mesmo empregador, jornada completa e proteções previstas na legislação. Entretanto, na história recente do país, algumas alterações têm acontecido, flexibilizando esses contratos. A Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000), que disciplina o regime de emprego público, refere que a contratação deverá ser precedida de concurso público de provas ou de provas de título, conforme a natureza e a complexidade do emprego.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995) deu início às sucessivas mudanças e legalização dessas reformas trabalhistas.

Após esse Plano Diretor, destacamos algumas mudanças que também contribuíram para essas alterações nas relações de trabalho: a Emenda Constitucional (EC) nº 19/1998 (BRASIL, 1998a), que pôs fim ao Regime Jurídico Único, além de instituir outra forma de contratação no serviço público, por meio de contratos pela CLT. O serviço público adere ao estatuto da flexibilização das contratações, incorporando trabalhadores com outras modalidades de vínculo.

A aprovação, pelo Congresso Nacional, em 2017, do Projeto de Lei Federal nº 4.302 (BRASIL, 1998b) é sancionada pelo Presidente em 31 de março de 2017, pela Lei nº 13.429 (BRASIL, 2017), que libera a terceirização para todos os níveis de atividade das empresas, com mudanças importantes na legislação trabalhista. Essa mudança nas leis trabalhistas promove flexibilização e precarização das condições de trabalho e emprego para todas as atividades das empresas, inclusive as atividades fins, que possivelmente devem gerar contratos mais baratos para o patronato. Como consequência esperada, teremos, no futuro, grupos muito pequenos de trabalhadores com direitos trabalhistas assegurados ou até mesmo com empregos.

No trabalho em saúde, essas mudanças já vinham ocorrendo. Com isso, é crescente o número de trabalhadoras com contratos temporários, sem garantias trabalhistas (enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos). Segundo Pires (1996), para os sindicatos que representam os profissionais que trabalham no SUS, a precarização também se materializa com a falta de concurso público ou processo seletivo. Na atualidade, a relação capital/trabalho revela contradições. Se, por um lado, o trabalho é identificado como fonte de sofrimento, de desequilíbrio físico e mental, de dor e frustração, ao mesmo tempo promove o reconhecimento. Diante dessa realidade, o trabalhador vivencia o subemprego, o trabalho flexível e precário, o que acentua as desigualdades e a injustiça social, levando-o ao desgaste e ao adoecimento físico e psíquico (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Não podemos esquecer que o trabalho, na vida do indivíduo, envolve aspectos subjetivos, por incluir suas expectativas, reconhecimento, realização profissional, uma atividade que acrescente valor, que seja útil, digna e não apenas tratada como uma mercadoria (DEJOURS, 1992; MENDES, 2007; PITTA, 2016; SELIGMANN-SILVA, 2011).

O trabalhador, na contemporaneidade, é conclamado a ser inovador, flexível e criativo. É chamado de colaborador, uma forma de subjugar e intensificar o trabalho, sem que ele se sinta explorado ou refreado, revelando uma dominação mais sutil, menos visível, visto que a

subjetividade do trabalho é desvalorizada pelos gestores e o sofrimento gerado configura-se como uma reação, repercutindo de maneira direta na saúde física e psíquica. Esse sofrimento, que tem início individualmente, pode tornar-se coletivo (ALVES, 2005). Consoante Lancman e Sznelwar (2004b, p. 138): “O trabalho jamais é neutro ou, pelo contrário contribui para a sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação.” Para Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010, p. 231) “[...] são processos de dominação que mesclam insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo”. Afinal, ter um emprego é melhor do que não ter nenhum. Por isso, a flexibilização funcional relaciona-se à maior diversidade de tarefas e funções.

Algumas empresas estão aparentemente em busca de melhorar o relacionamento com os trabalhadores e, conseqüentemente, o nível de satisfação no trabalho. Para tanto, desenvolvem intervenções para atrair e manter bons funcionários, além de proporcionar a motivação, diminuir o absenteísmo e fomentar maior satisfação, além de proporcionar melhoria na sua imagem. Mesmo assim, muitas dessas empresas e as novas formas de organização do trabalho não trouxeram o anunciado fim do trabalho penoso; ao contrário, acentuaram as desigualdades, a injustiça social e instituíram novas formas de sofrimento, mais complexas e sutis (KARPINSKI; STEFANO, 2008).

2.2 TRABALHO EM SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: GÊNERO, DIVISÃO SOCIAL E TRABALHO FEMININO

O processo de trabalho em saúde depende de uma inter-relação pessoal intensa. Por se tratar da saúde, o serviço não se realiza com objetos e sim com pessoas. O profissional de saúde presta o serviço e quem fornece o produto é o próprio consumidor/usuário, mediante valores de uso necessários para o desenvolvimento do serviço desse profissional (FELLI; PEDUZZI, 2005). Consoante Merhy (1997), o trabalho em saúde constitui-se em um trabalho imaterial, haja vista não ter um produto palpável, e quem agrega valor é o consumidor/usuário. No processo de trabalho em saúde a “[...] função social é determinada pela manutenção das condições normais de saúde” (CHIAVEGATO; NAVARRO, 2012, p. 73).

Na atualidade, o trabalho no setor saúde enquadra-se no setor de serviços e é geralmente caracterizado como um serviço de consumo coletivo, cuja ação depende de processos reflexivos de tomada de decisão dependentes de fatores inter-relacionados, a exemplo da articulação de diversos saberes que se originam de matrizes conceituais distintas alinhadas às experiências profissionais e às pessoais de cada um dos trabalhadores implicados.

Guarda como suas principais características a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. Complexidade é entendida como a abrangência de diferentes profissões e perfis de usuários, bem como as tecnologias empregadas e a diversidade das organizações e ambientes de trabalho. A heterogeneidade é considerada do ponto de vista dos diferentes processos de trabalho existentes no interior de cada instituição de saúde. A fragmentação no setor saúde é concebida pela divisão entre o pensar e o fazer, em relações baseadas por distintas formas de hierarquia e subordinação, que ganham força pelo crescimento das especialidades em saúde (DELUIZ, 2013; LORENZETTI, 2014a)..

Consoante Franco e Merhy (2013), os profissionais que atuam no campo da saúde são os produtores da saúde. Nessa condição, interagem com o consumidor desse produto, o usuário, que o consome nesse exato momento. O trabalhador que faz a assistência – enfermeira, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem –, é dominado por tecnologias, sejam elas “duras” e/ou “leves-duras”. Com isso:

[...] valoriza mais o instrumento que tem à mão, são muitas normas, protocolos e o que se pretende como minimizar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida, criar autonomia nas pessoas para viverem a vida as vezes é colocado em plano secundário. (FRANCO; MERHY, 2013, p. 125).

Entendemos que o processo de trabalho em saúde passou, ao longo da história do homem, por inúmeras transformações que estiveram diretamente relacionadas aos modelos de organização de cada sociedade, aos significados culturais do processo saúde-doença e às modificações sociais, econômicas e culturais pelas quais as sociedades foram passando ao longo da história. Desse modo, não podemos falar de um processo de trabalho universal na saúde, tampouco a-histórico. Por essa razão, neste estudo, comprometemo-nos a estudar o processo de trabalho na saúde dentro das sociedades ocidentais e, mais particularmente, situá-lo nas sociedades contemporâneas.

Ao nascer da ciência, no período hipocrático, práticas de saúde e o cuidado dos doentes eram realizados por feiticeiros, sacerdotes e mulheres que possuíam habilidades em lidar com ervas e preparo de remédios, que executavam desde a tarefa do diagnóstico até o preparo e a aplicação da terapêutica. Tais práticas de saúde eram instintivas e “[...] garantiam, ao homem a sobrevivência e estavam vinculadas ao trabalho feminino” (GIOVANINNI *et al.*, 2005, p. 7).

Na Idade Média, ocorreu uma mudança importante nesse processo. O trabalho em saúde passou a ser exercido tanto por religiosos quanto por leigos e homens de ofício, com forte característica artesanal. Esses profissionais tinham controle do seu processo de trabalho.

Com o avanço da Medicina Clínica, ainda na Idade Média, as práticas assistenciais em saúde passaram a assumir uma função dominante em relação aos outros ofícios relacionados, definindo regras e condutas práticas de cada ofício cuja prestação de cuidados era exercida predominantemente no ambiente doméstico (PIRES, 1996).

No século XIII, segundo Melo (1985), o hospital era um depósito de doentes em razão do número de vadios e pobres. Essa instituição tinha como propósito a separação do pobre e do doente. Seu objetivo assistencial não era o da cura, mas, sim, da caridade. O nascimento do hospital, na modernidade, quando a saúde passou a ser vista como um objeto lucrativo, um bem de consumo, está aliado aos interesses políticos em reorganizá-lo. Melo (1985, p. 40) refere que “[...] a primeira organização hospitalar da Europa no século XVII se dá nos hospitais marítimos e militares, com a anulação dos efeitos nocivos do hospital sobre as pessoas internadas”.

O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia de tratamento e cura é fato relativamente recente. O final do século XVIII é o marco da transformação de suas atribuições. A centralidade do hospital no processo do trabalho em saúde começa a se fortalecer com o surgimento do capitalismo, caracterizando a assistência em saúde como um trabalho coletivo, naquele momento histórico, hegemonicamente sob o comando dos médicos (PIRES, 1996; PITTA, 2016).

O hospital assume, assim, uma nova função: a produção de serviços orientada pelos lucros. Desde então, todo o processo de trabalho em saúde é concebido com base na abordagem da doença. Desse modo, é possível observar o médico na condução, ainda que indireta, dos processos de trabalhos em saúde, uma vez que a hegemonia da concepção biológica da vida norteava, e ainda norteia, a formação, a produção e a organização dos serviços de saúde (GIOVANINNI *et al.*, 2005; OGUISSO, 2005). O médico centraliza o poder, e a organização dos serviços de saúde passa a encontrar um abismo hierárquico, principalmente no hospital, além de conflitos entre as diversas categorias profissionais que ali atuam (COLLIÈRE, 1989). Nesse momento, a instituição hospitalar procurava organizar a sistematização de um saber teórico. Nesse novo espaço de cura dos doentes, a medicina pôde tornar-se hospitalar:

[...] o surgimento do hospital moderno, revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a modernização das suas atividades, tendo em vista que o estabelecimento nosocomial é vislumbrado como uma peça indispensável para análise da evolução do sistema de saúde como um todo, traduzindo o poder da tecnologia médica nos modelos terapêuticos modernos. (CATÃO, 2011, p. 138).

A Organização Mundial da Saúde, em 1987, em seu Informe Técnico nº 744, refere, em relação ao hospital:

O comitê de especialistas destacou o fato de que um hospital geral não funcionar isoladamente, mas deve fazer parte de um sistema social e médico que forneça assistência médica completa. Mesmo aceitando que a medicina curativa seja a principal função dos hospitais, o Comitê concordou que deveriam ser realizadas atividades preventivas e que o treinamento do pessoal de saúde e a pesquisa, tanto no campo biomédico quanto no social, constituíam outras funções indispensáveis de todo hospital geral.¹ (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1987, p. 12).

Para Catão (2011, p. 108): “O hospital moderno é o resultado histórico das políticas sociais dos Estados e dos progressos científicos da humanidade.” No Brasil, a comissão responsável pela elaboração do anteprojeto da Lei Orgânica da Assistência Médico-Hospitalar, definida pelo Decreto nº 37.773 (BRASIL, 1955a), assim conceituou o hospital “[...] instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem”.

Compreender o percurso histórico de ascensão do hospital como local privilegiado do fazer em saúde e que define sua ação como um trabalho coletivo é fundamental para entender o trabalho da enfermagem no contexto do trabalho em saúde e sua evolução até os dias atuais.

A história da Enfermagem tem uma relação direta com a prática da caridade posta em ação pela Igreja e sua tarefa de cuidado dos enfermos na Idade Média. A base do trabalho sustentava-se na noção do altruísmo e era basicamente exercida pelas mulheres, majoritariamente solteiras ou viúvas, encarregadas dos cuidados dos enfermos. No período da era cristã, segundo Giovaninni *et al.* (2005), o forte fervor religioso então existente influenciou a que muitos, movidos pela fé cristã, abraçassem a causa da prática da caridade.

No século XVII, ainda na Idade Média, surgiram as primeiras Ordens de Caridade voltadas aos cuidados dos pobres e enfermos. Suas ações eram caracterizadas pelo silêncio, discrição e combinação de cuidados corporais com serviços espirituais e de catequese. A disciplina era cultivada, e a divisão de trabalho era pautada na hierarquia entre aquelas mulheres que exerciam o papel de irmãs de caridade – trabalho braçal e mais voltado ao cuidado de enfermagem – e o trabalho das Senhoras da Confraria, que assumiam o papel de supervisão das primeiras. A prática da enfermagem assim se iniciou, porém não existia o

¹ *El comité de expertos subrayó el hecho de que un hospital general no puede trabajar de modo aislado, sino que debe formar parte de un sistema social y médico que preste una atención de salud completa. Aun aceptando que la medicina curativa es la función primordial de los hospitales, el Comité convino en que deban emprenderse actividades preventivas y en que el adiestramiento de personal de salud y la investigación (tanto en el campo biomédico como en el social) constituían otras funciones indispensables de todo hospital general.*

conhecimento científico desse fazer e o ensino era centrado no fazer manual passado pelo senso comum (PADILHA; MANCIA, 2005).

Assim, a Enfermagem foi praticada dessa forma, segundo Giovaninni *et al.* (2005, p. 15): “A abnegação, a obediência e outros atributos dessa época vieram consolidar-se como herança, dando à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio.” As práticas de enfermagem, na sua dimensão de gestão e cuidado, têm forte influência de seu percurso histórico e dos vínculos com a Igreja Católica e a Organização Militar, já mais no século XX, o que imprimiu, nas práticas de gestão, a reprodução de modelos de gestão tradicionais, taylorismo-fordismo e o burocrático (GIOVANINNI *et al.*, 2005).

A enfermagem moderna surge com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Sua inserção no processo de trabalho em saúde resultou de um projeto político e social, em função da necessidade de organizar os hospitais militares naqueles tempos, que viviam uma situação de caos devido à guerra da Crimeia. Naquele momento, havia a necessidade de qualificar o cuidado da enfermagem para parcelas mais amplas da população (GIOVANINNI *et al.*, 2005; PADILHA; MANCIA, 2005). Melo (1985, p. 43) relata que “O país onde a enfermagem se institucionalizava, a Inglaterra do século XIX, passava então por um processo de desenvolvimento econômico capitalista” e Florence Nightingale foi convidada pelo Ministro para organizar os hospitais militares.

Nightingale, uma rica aristocrata inglesa, teve seu trabalho influenciado pelo Instituto Diaconisas da Alemanha e pela Companhia das Irmãs de Caridade da França, especialmente nos aspectos do caráter moral e religioso, controle do tempo no trabalho hospitalar e organização do trabalho assistencial e administrativo. Na proposta de trabalho de organização hospitalar feita por ela, a divisão de trabalho baseava-se na classe social: as senhoras das camadas mais abastadas exerceriam atividades de supervisão, direção e organização do trabalho (*ladies nurses*), ao passo que as de menor poder aquisitivo deveriam ocupar os trabalhos manuais e os cuidados diretos com os enfermos (*nurses*) (PADILHA; MANCIA, 2005; PEREIRA, J., 2015).

Desde sua origem, a Enfermagem tem um vínculo direto com o cuidado humano. A Enfermagem Moderna, com base no trabalho de Florence Nightingale, promoveu uma especificidade a essa dimensão de cuidado no processo de divisão do trabalho social. Isto é, estabeleceu as bases de uma atividade profissional que requeria formação específica para seus trabalhadores, produção de conhecimento para subsidiar suas ações e determinação do próprio agir profissional (PADILHA; MANCIA, 2005).

Esse estabelecimento das bases da Enfermagem Moderna guarda relações com o momento em que o Hospital passa a ocupar uma centralidade na assistência em saúde. Com isso, também se colocam em relação o saber médico e o agora constituído saber da Enfermagem. Ocorre, entretanto, nesse movimento, uma alteração nos processos de controle e subordinação do trabalho em saúde. As Irmãs de Caridade deixaram o comando e o controle dos Hospitais e entraram os médicos como detentores do saber e do poder, colocando a Enfermagem num lugar de subordinação a esse saber médico (PADILHA; MANCIA, 2005).

O cuidar, desde os primórdios da civilização, quando o homem passou a se estabelecer em áreas permanentes, era uma tarefa conferida às mulheres, como responsáveis pelo cuidado de crianças, de idosos e de doentes. O cuidado “[...] não pertencia a um ofício, menos ainda a uma profissão, dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida em relação com a vida do grupo” (COLLIÈRE, 1989, p. 28). O cuidar estava associado à manutenção e à continuidade do grupo e da espécie.

A proteção materna instintiva é, sem dúvida, a primeira forma de manifestação do homem no cuidado ao seu semelhante, mesmo nas épocas nômades, quando as crianças eram sacrificadas por atrapalharem as andanças, muitas foram salvas devido aos cuidados de suas mães [...] (GIOVANINNI *et al.*, 2005, p. 7).

O cuidar, seja como prevenção, seja quando ocorre o adoecimento físico ou psíquico, envolve a subjetividade do outro, mas é uma prestação de serviço e um encontro intersubjetivo, onde está envolvido o saber, a ética, o conhecimento do profissional que presta a assistência e a vulnerabilidade do outro que, no momento, confia seu corpo a um profissional e deste espera uma atitude de respeito, competência para preservação e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida (WALDOW; BORGES, 2011). O cuidar, sob uma perspectiva histórica, sempre esteve relacionado ao gênero feminino. E a enfermagem, ao caracterizar-se como uma profissão na qual predomina o gênero feminino, é vista como um segmento profissional de pouca expressão e valor social (COELHO, 2005).

A prática do cuidar está atrelada à divisão sexual do trabalho, como um processo “natural” da mulher, mãe e esposa. O cuidado exercido historicamente pelas mulheres quase que se relaciona a uma ideia de que há nas mulheres uma natureza essencialmente voltada a dedicar-se aos outros, prestando cuidados físicos e emocionais, sejam estes em âmbito doméstico, comunitário ou em instituições. O cuidado “naturalmente” definido como uma responsabilidade feminina refletia o exercício cotidiano das tarefas das mulheres na vida doméstica e na relação destas com a reprodução (COELHO, 2005; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Papéis sexuais estabelecidos socialmente e diferenciados por gênero, nos quais mulheres assumem tarefas que envolvem o ciclo da reprodução da vida, seja na dimensão biológica seja na social, levam ao conceito de “cuidado” como uma “natural tarefa feminina” que visibiliza relações sociais baseadas em relações de poder, responsáveis pela construção de representações sociais que atribuem valores, símbolos e lugares sociais diferenciados para homens e mulheres (COELHO, 2005).

As relações assimétricas constituídas entre homens e mulheres resultam de construções históricas, num processo que se produz e se reproduz socialmente tanto pelos indivíduos quanto pelas instituições, incluindo as famílias, que constroem modelos de socialização e expectativas de comportamentos diferenciados e hierárquicos entre homens e mulheres (ANTUNES; SILVA, 2010). A divisão social e sexual do trabalho, na configuração assumida pelo capitalismo, intensificou a exploração do trabalho, de modo mais acentuando em relação ao mundo do trabalho feminino. Conforme formulado por Giddens (2002, p. 63): “[...] gênero é uma questão de aprendizado e trabalho contínuos, em vez de ser uma simples extensão de diferenças propostas biologicamente.”

As diferenças percebidas entre homens e mulheres e as relações sociais estabelecidas com base nessas diferenças constituem a base das relações sociais de gênero, que passam a se definir como um conceito que busca explicar os significados sociais e culturais atribuídos aos corpos de homens e de mulheres (SARDENBERG, 2015; SCOTT, 2005).

Gênero é conceituado como uma das relações estruturantes de organização da vida social e informa distintas oportunidades, trajetórias, escolhas e a constituição da identidade de cada pessoa (BOURDIEU, 2002; SCOTT, 2005). Relações de gênero organizam a forma como apreendemos e organizamos o mundo. Historicamente têm estabelecido o predomínio do poder no lado masculino e, para o lado feminino, atribuem-se significados de inferioridade, submissão e docilidade às mulheres, com menos mecanismos e espaços de poder (GIOVANINNI *et al.*, 2005).

Atributos de docilidade e submissão quase que exclusivamente vinculados às mulheres estão na base da formação da Enfermagem como área profissional, assim como a similaridade de muitas das atribuições exercidas na vida doméstica, como parte das tarefas executadas nas funções da Enfermagem (GIOVANINNI *et al.*, 2005). No começo do século XX, quando grande parte das mulheres encontrava-se restrita à vida do lar, a ocupação de mulheres como enfermeiras e, portanto, exercendo papel no espaço público e predominantemente dominado pelos homens, requeria que demonstrassem qualidades morais, como abnegação e recato,

combinadas a um trabalho subordinado à hierarquia e ao domínio masculino, particularmente da medicina (COELHO, 2005; PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

A socialização para o exercício de papéis socialmente considerados femininos pode estar influenciando ainda hoje a escolha pelo exercício da Enfermagem, conforme sinalizam Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006). Por outro lado, autoras como Lopes e Leal (2005) argumentam que é preciso considerar que esta dimensão do cuidado, tão intrinsecamente relacionando às mulheres e à Enfermagem, também traz contradições que negam essa suposta fragilidade feminina, especialmente quando se considera que grande parte do trabalho em enfermagem é feito com atividades noturnas e também quando mulheres precisam conciliar suas atividades profissionais com as domésticas, numa dupla jornada de trabalho.

O aprendizado da docilidade tem início na família e segue nos processos formativos da matriz acadêmica, marcado por um poder disciplinar que reafirma a Enfermagem como uma atividade invisível, disciplinada, obediente e subordinada às prescrições terapêuticas da Medicina, ainda que, na atualidade, haja importantes avanços e disputas entre esses dois campos profissionais (LUNARDI FILHO, 1998).

No Brasil, a formação e o ensino da Enfermagem foram instituídos com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Esta Escola foi oficializada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890 (BRASIL, 1890), que determinava a sua criação, a duração do curso de dois anos e a composição do corpo docente. A Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), oficializada como primeira Escola de Enfermagem no Brasil, surgiu no contexto do movimento sanitarista brasileiro do início do século XX, em 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde. No Decreto nº 17.268, de 31 de março de 1926 (não publicado), é denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Néri e implanta a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” – em âmbito nacional (OGUISSO, 2005).

No Brasil, a Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, regula o exercício da Enfermagem profissional e refere o exercício livre em todo o Território Nacional. O exercício da atividade de Enfermagem Profissional é regulamentado pela Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986) e pelo Decreto nº 94.406, que descreve as atribuições de cada categoria (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987). De acordo com esses instrumentos, são profissionais de enfermagem os portadores de diploma ou certificado: enfermeira; técnica de enfermagem; e auxiliar de enfermagem e parteira. A categoria profissional enfermagem é segmentada em quatro grupos: auxiliares, técnicas de enfermagem e enfermeiras e parteiras. O grau de

formação educacional geralmente requerido para as auxiliares é o primeiro grau, embora atualmente elas devam complementar os estudos de formação para técnicos de enfermagem; para estes, é requerido o segundo grau. Para enfermeiras, o nível universitário (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006). A formação para o cargo de auxiliar de enfermagem é extinta, e estas devem qualificar-se para técnicas de enfermagem. A Resolução COFEN nº 276/2003, concedeu inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem e fixou o prazo de cinco anos para solicitação dessa inscrição, mediante comprovação de que o interessado estaria cursando habilitação em técnica de enfermagem ou graduação em enfermagem. Essa resolução foi revogada pela Resolução COFEN nº 314/2007 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

A categoria, segundo dados do COFEN de julho de 2019, é composta de 22.179.460 profissionais, sendo 412.009 auxiliares de enfermagem, 1.237.844 técnicas de enfermagem, 529.346 enfermeiras e 261 obstetrizas. Na Bahia, são 13.879 auxiliares de enfermagem, 74.452 técnicas de enfermagem, 34.879 enfermeiras, 1 obstetritz, totalizando 124.211 profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Nesses diferentes processos, os trabalhadores de enfermagem inserem-se de forma desigual e hierarquizada, expressando a "divisão técnica do trabalho". Esta é a característica do modo de produção capitalista, que gera especialidades, divisão de tarefas e controle, bem como divisão social do trabalho (PIRES, 2009). As enfermeiras geralmente gerenciam o serviço e as auxiliares e técnicas de enfermagem de nível médio realizam as atividades assistenciais; ao pessoal de nível médio, técnica de enfermagem, cabe assistir a enfermeira no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades da assistência de enfermagem. Às auxiliares de enfermagem cabe executar, sob supervisão, atividades menos complexas e assistência direta ao cliente, como banho, troca de roupas, administração de medicações oral, controle hídrico, curativo simples, preparar paciente para exames (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987; SILVA, 1996).

O trabalho em enfermagem, consoante Felli e Peduzzi (2005), abarca quatro dimensões: a do cuidado aos indivíduos; a do ensino (responsável pela formação dos profissionais e da educação continuada em saúde); a de cunho administrativo-gerencial (exercício de cargos de coordenação e gerência); e a da pesquisa (responsável pela produção de conhecimentos por meio de evidências científicas). Torna-se um processo coletivo, parcelado e fragmentado em turnos e funções.

Para Sanna (2007), os processos de trabalho na Enfermagem, que podem ou não ser executados concomitantemente, coincidem em sua quase totalidade com os descritos por Felli

e Tronchin (2005): assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Logo, o processo de trabalho em enfermagem configura-se como uma combinação de três ações básicas que se complementam: cuidado, educação e gerência (LEOPARDI; GELBECK; RAMOS, 2001).

O processo de divisão do trabalho na Enfermagem requereu a constituição de habilidades e uma gestão específica. Com isso, a administração e o gerenciamento em Enfermagem passaram a configurar-se como uma das mais importantes dimensões do exercício profissional, especialmente realizado pelas profissionais de nível superior, as enfermeiras. O trabalhador de enfermagem “[...] transforma o objeto de trabalho com um saber específico, numa dada estrutura física e com instrumentos próprios como métodos, materiais e equipamentos, o saber técnico é tido como instrumento de trabalho” (FELLI; PEDUZZI, 2005, p. 3). No processo de trabalho gerencial de enfermagem, os objetos de trabalho são recursos humanos e organização do trabalho. Para isso, as enfermeiras utilizam instrumentos técnicos, planejamento, supervisão, materiais e equipamentos, seleção e recrutamento de pessoal, o que exige o dimensionamento da equipe para o trabalho (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSK, 2005; FELLI; PEDUZZI, 2005).

O padrão de gerência adotado pelo serviço de enfermagem seguiu, inicialmente, dois grandes modelos: o racional e o histórico social. O primeiro, preconizado por Taylor e Fayol, no qual o objetivo era centrado na organização e baseava-se no controle de tempo, movimentos em série, trabalho parcelado e fragmentado (CECÍLIO, 1997; LIMA; BINSFELD, 2003). "Esse modelo sozinho não dá conta da dinamicidade que caracteriza as organizações, na atualidade, porque é lento, reativo e mecanicista." (FELLI; PEDUZZI, 2005, p. 8).

Segundo Spagnol (2002, p. 118), “[...] a Teoria Clássica ao longo dos tempos exerceu influência significativa na organização do trabalho, nos diferentes tipos de organizações”. O princípio que deveria ser adotado pelos gestores e administradores, seria “[...] da divisão do trabalho; da autoridade e responsabilidade; da unidade de comando; da hierarquia ou cadeia escalar e da departamentalização” (SPAGNOL, 2002, p. 118). A gestão clássica não atende mais as demandas do mundo moderno, pois trabalhadores e usuários estão mais cientes de seus direitos e o acesso a informações tornou-se uma arma poderosa de reivindicações e mudanças.

No segundo modelo, o histórico-social, a gerência tinha como foco não apenas as demandas da organização, o controle do processo de trabalho, mas incluía a satisfação das necessidades do usuário. Era baseado na autonomia e nas necessidades de saúde da população (FELLI; PEDUZZI, 2005).

O modelo de gestão contemporâneo tem como conceito central a participação e o exercício da democracia, que são pontos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho no campo da enfermagem, por propiciarem a assistência humanizada, com ênfase em aspectos como trabalho em equipe, comunicação, confiança e satisfação do cliente externo e interno. Os trabalhadores procuram melhorar a qualidade do produto final, bem como suas condições de trabalho (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). As enfermeiras desempenham uma posição estratégica, coordenando a equipe de enfermagem e gerenciando a assistência de enfermagem de forma sistematizada em ações dirigidas à promoção e recuperação da saúde do cliente/paciente. Um gerenciamento compartilhado, descentralizado e aberto é fundamental para que todos sejam corresponsáveis pelas decisões no cuidado de enfermagem, para prestação de uma assistência qualificada aos pacientes (MINATEL *et al.*, 2003). O gerenciamento foi um aspecto que, nas últimas décadas, preocupou organizações privadas e públicas. Elas passaram

[...] a se conscientizar da importância da revisão dos seus modelos de gestão: no caso das empresas privadas, a motivação era a sua sobrevivência e competitividade no mercado. Já nas empresas públicas, tal motivação era a capacidade de cumprir sua missão, ou seja, atender com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade. (TAMADA; BARRETO; CUNHA, 2013, p. 3).

O gerenciamento não se dissocia do cuidado, pois, ambos, completam-se para melhor assistir o paciente. Entretanto, em alguns momentos, esses parecem distantes, na percepção das trabalhadoras de enfermagem. A dicotomia existente entre trabalho intelectual e trabalho manual pode ser uma das causas da dificuldade de compreensão das enfermeiras acerca das ações que envolvem a gerência do cuidado e o cuidar gerenciando. Pôde-se destacar a influência do modelo proposto por Florence Nightingale, no século XIX, na divisão do trabalho em cuidado direto e indireto. Portanto, à enfermeira competia o cuidado indireto e a sistematização das técnicas para o cuidado de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, destaca-se a necessidade de articular as dimensões assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas, pois são interdependentes e complementares na prática da enfermeira, visando a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança dos resultados das práticas de saúde e enfermagem. A enfermeira, no exercício de suas atividades profissionais, desempenha atividades gerenciais ininterruptamente, quer seja gerenciando o cuidado aos pacientes, quer seja gerenciando o serviço de enfermagem (ROSSI; LIMA, 2005; SANTOS *et al.*, 2013).

Para Christovam, Porto e Oliveira (2012), o processo de trabalho de enfermagem articula a dimensão gerencial e assistencial, e estas se completam. A dimensão assistencial relaciona-se com as necessidades do cuidado de enfermagem, com a finalidade do cuidado integral, ao passo que, na dimensão gerencial, o objeto de intervenção é a organização do trabalho e dos recursos humanos de enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidados dos pacientes e do desempenho para os trabalhadores.

A atuação da enfermeira, no processo de administrar/gerenciar, tem por finalidade organizar diferentes serviços para atender ao usuário, ao trabalhador e à organização. Essa atuação permite inter-relações entre os serviços, visando qualificar a assistência. O paciente é e sempre deverá ser parte das decisões tomadas em uma assistência planejada. A prática gerencial na enfermagem envolve múltiplas ações de gerenciar, cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços hospitalares, em busca da melhor qualidade do cuidado.

O gerenciamento do cuidado envolve várias dimensões: cuidar, tratar, prevenir, recuperar e produzir saúde (BESSA JORGE *et al.*, 2015; MINATEL *et al.*, 2003). Para Lorenzetti *et al.* (2014a), a função profissional da enfermeira está identificada pelas dimensões articuladas da assistência na atenção à saúde, educação, pesquisa e gestão, que influenciam diretamente na qualidade do serviço prestado.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem deve estar estruturado para assegurar o cuidado humanizado e o atendimento às necessidades dos usuários, com base nos seguintes fatores: caracterização da clientela, caracterização do grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de enfermagem, da sistematização da assistência de enfermagem, supervisão e avaliação do cuidado (DESLANDES, 2004; MINATEL *et al.*, 2003). Lima e Binsfeld (2003) referem que o cuidado de enfermagem aos usuários está direcionado à organização do ambiente terapêutico, à gestão dos trabalhadores de enfermagem, à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e à gerência das unidades de internação.

Os modelos de gerenciamento devem agregar atividades que possibilitem o atendimento às necessidades do paciente, do provedor e do financiador. A gerência, visando atingir as metas de gestão, não se deve prender a modismos, mas buscar uma prática de enfermagem baseada na sistematização das atividades baseada em evidências, e na avaliação do resultado do trabalho. Atualmente, as mudanças dentro dos hospitais com foco na produtividade impactam diretamente no serviço de enfermagem, e isto passa a ser um desafio para adequar as necessidades do usuário, da trabalhadora e da organização. Paradoxalmente, a

garantia da qualidade da assistência em um sistema capitalista visa assegurar maior efetividade e, como consequência, a produtividade nas empresas privadas (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005). Esses autores avaliam que os aspectos econômicos, ainda que sejam importantes para uma organização, “[...] não se devem sobrepor aos técnicos, humanos, éticos e sociais na tomada de decisão” (CASTILHO, FUGULIN, GAIDZINSKI, 2005, p. 181). Assim, garantir o atendimento com qualidade e baixo custo é um desafio para os profissionais dos serviços de saúde, sem perder de vista que devem assegurar qualidade no atendimento sem riscos para si e para os usuários. O gerenciamento de recursos humanos de enfermagem tem como elementos estruturantes: políticas e tendências da força de trabalho em enfermagem, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoas e educação permanente. Por sua vez, o gerenciamento da unidade de assistência deve estar pautado no planejamento, na avaliação de recursos financeiros e materiais, na avaliação da qualidade e nas relações de trabalho (LASELVA; MOURA JUNIOR; REIS, 2003).

Gerenciar conflitos, minimizar o sofrimento e o adoecimento no trabalho e gerenciar as diferenças com o propósito de fortalecer o trabalho em equipe fazem parte das exigências para o exercício profissional de enfermagem, ao lado da competência técnica, responsabilidade, integridade e sociabilidade no trabalho (BARROS; BORK; FARAH, 2003; CIAMPONE; MELLEIRO, 2005; MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

A SAE é uma ferramenta de gerência do cuidado que fornece subsídios para a organização da assistência de enfermagem, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011; TANNURE; GONÇALVES, 2008). A SAE e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, é uma determinação legal para a enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Assim, a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (IDE; DOMENICO, 2001). O processo de enfermagem é uma ferramenta que norteia o processo de raciocínio clínico, habilidades, responsabilidade na tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções pautada no compromisso ético (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2015). Este é definido por Horta (1979) como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visam a prestação de assistência ao ser humano como um dos instrumentos do processo assistencial da enfermeira, que pode contribuir para assegurar a qualidade da assistência.

A ausência de capacitação pode ser uma limitação para a implantação e execução da SAE. A falta de conhecimento do enfermeiro e a falta de adesão do método também contribuem na execução da SAE (SOARES *et al.*, 2015). Seria importante pensar na adoção de um planejamento tanto institucional como da própria gerência de enfermagem em ajustar essa formação, focando em treinamento para o profissional de enfermagem visando o desenvolvimento de habilidades e competências que favoreçam o aprendizado sobre o processo de enfermagem, direcionando-o para a obtenção da integralidade da assistência à saúde individual e coletiva, nos diversos níveis de atenção, dominar conhecimentos, além de desenvolver a flexibilidade para buscar novos conhecimentos (ALVES; LOPES; BESSA JORGE, 2015; BARROS; BORK; FARAH, 2003; SOARES *et al.*, 2015). É imprescindível que o enfermeiro aproprie-se dos instrumentos gerenciais, para transformar o processo de cuidar, fortalecendo a autonomia do profissional e a qualidade na assistência prestada, completando com atitudes, integridade moral e ética, levando em consideração a realidade da instituição, o número de profissionais de enfermagem, o número de leitos, e a realização de treinamento (BARROS; BORK; FARAH, 2003).

2.3 PRAZER, SOFRIMENTO E/OU ADOECIMENTO NO TRABALHO: CONTRIBUIÇÕES DE DEJOURS

As pesquisas desenvolvidas por Dejours, psicanalista e psiquiatra, na década de 1970, na França, sobre trabalho e organização, tiveram como foco o sofrimento psíquico e o modo de enfrentamento utilizado pelos trabalhadores para evitar o adoecimento e transformar o trabalho em fonte de prazer. Para o autor, o trabalho impõe condições que proporcionam dor, entre outros fatores que podem tornar-se geradores de sofrimento (DEJOURS, 1992).

O pensamento dejouriano sobre o sofrimento humano e suas vinculações com o trabalho encontra seus alicerces no desenvolvimento industrial do século XIX. A organização do trabalho, sob a lógica do sistema capitalista de produção, buscou desenvolver métodos e processos de gestão do trabalho, os quais se iniciaram com a Administração Científica e sua preocupação com a produtividade. Ainda no começo do século XX, tiveram início os estudos que buscavam relacionar as questões entre trabalho, prazer, sofrimento, dor e adoecimento, que estão diretamente vinculados à industrialização, à execução e à divisão do trabalho. Esses fatores ocasionaram sérios prejuízos para a saúde do trabalhador, iniciando o desgaste, o sofrimento mental e o adoecimento físico (MENDES, 1995).

Após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), em função do aumento da produção industrial e da racionalização produtiva decorrente da introdução do taylorismo nas corporações industriais francesas, vivenciou-se um período marcado por mais produção de riquezas enquanto, do lado dos trabalhadores, via-se um recorrente empobrecimento, aliado ao aumento dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, em que o trabalhador buscava, segundo Dejours (1992), “salvar o corpo”. Segundo esse autor, nessa fase, não é o “[...] aparelho psíquico que aparece como vítima do sistema, mas o corpo explorado, fragilizado devido à organização do trabalho” (DEJOURS, 1992, p. 19).

Na sociedade francesa daquele momento, vivenciava-se o aumento da delinquência e da violência. Esta passa a ser estudada pela psiquiatria como um fenômeno vinculado às questões orgânicas e pela influência de fatores sociais, mas ainda com uma forte negligência, ao se considerar o trabalho como elemento que desencadeava sofrimento e podia estar na raiz de distúrbios pessoais e sociais (DEJOURS, 1992).

A discussão sobre a psicopatologia do trabalho começou na França logo após a II Guerra Mundial, liderada por contribuições da chamada “psiquiatria social” e pela necessidade de integrar grande número de trabalhadores às múltiplas tarefas. Os estudos relacionados à saúde mental e ao trabalho prosseguiram e ganharam destaque na década de 1960, quando se evidenciou “O papel do trabalho na gênese da doença mental, mas também na integração dos indivíduos (principalmente dos pacientes psiquiátricos) à vida social” (LIMA, 1998, p. 11).

O trabalho exerce influências adequadas e maléficas na função psíquica. Para Dejours (1992) e Lancman e Sznelwar (2004a), a organização do trabalho exerce, sobre o sujeito, uma ação que incide diretamente no aparelho psíquico. A fim de se protegerem dos conflitos nocivos dessa ação, o trabalhador cria mecanismos de defesa que o ajudam a adequar-se à organização do trabalho e ao seu aporte mental. O campo de investigação da Psicodinâmica do trabalho são os “[...] sujeitos que, apesar das pressões que devem enfrentar, conseguem evitar a doença e a loucura” (DEJOURS, 2012a, p. 47).

Para compreender o lugar do prazer no âmbito do trabalho, Dejours (1992) afirma que este é um dos objetivos do trabalho; sentir-se produtivo e reconhecido é importante para as defesas contra o sofrimento. Quando o trabalho gera sentimentos negativos e o trabalhador consegue transformar em prazer o sofrimento no trabalho, recorrendo a estratégias de enfrentamento, consegue manter-se saudável, e este é o foco da Psicodinâmica do Trabalho, como veremos a seguir (DEJOURS, 2004).

2.3.1 Evolução histórica e conceitual da psicodinâmica do trabalho

A trajetória conceitual da psicodinâmica do trabalho remonta ao surgimento da expressão “psicopatologia do trabalho”, criada na década de 1950 por Paul Sivadon, adepto da psiquiatria social e responsável por um Centro de Tratamento e Readaptação Social em hospital psiquiátrico francês. A perspectiva desse psiquiatra era reconhecer o trabalho e seu papel na integração social, em especial para pacientes com transtornos mentais. Ele estudou diferentes tipos de adoecimento psíquico em algumas profissões peculiares, e seus estudos reconhecem a capacidade do trabalho de criar condições patogênicas para o trabalhador, que podem, inclusive, manifestar-se em doenças mentais (LIMA, 1998).

As pesquisas no *Conservatoire National des Arts et Métiers*, em Paris, distanciam-se da corrente iniciada por Sivadon. Le Guillant, um de seus principais expoentes, passa a estudar a questão do trabalho com o foco psicossociológico da doença mental. De acordo com essa perspectiva, o trabalho configurar-se-ia como fator central na gênese dos distúrbios psíquicos. O enfoque dos estudos de Le Guillant, inspirado pelas teorias marxistas, estava direcionado a compreender o papel da alienação no trabalho e suas repercussões patológicas. Esse autor tinha interesse em estabelecer o papel do meio social e do trabalho na eclosão e possível desaparecimento dos distúrbios patológicos (LIMA, 1998).

Outros nomes de destaque no âmbito da Psicopatologia do Trabalho foram Adolfo Fernandez-Zoila, Claude Veil e J. Bégoïn. Ainda que se considerem as especificidades de cada autor, havia um modelo explicativo de causalidade que alinhava esses diferentes entendimentos, qual seja o de colocar no trabalho a causa para a eclosão de distúrbios psicopatológicos. O trabalho constituía-se num mal prejudicial à saúde mental de quem trabalhava (DEJOURS, 2004). Dejours (1992) inicia seus trabalhos tomando como perspectiva o campo e o modelo explicativo da psicopatologia do trabalho. Ele procurava entender as estratégias defensivas que os trabalhadores desenvolviam frente aos efeitos do trabalho na sua saúde mental. Com esta mudança de enfoque, ocorre uma ruptura de paradigma: não mais o distúrbio patológico, e sim a normalidade, as estratégias criadas pelos trabalhadores para confrontar as vicissitudes do trabalho e, ao mesmo tempo, preservar seu equilíbrio psíquico. Com isso, o autor afasta-se da ideia do trabalho como causa de complicações psicopatológicas (LANCMAN, 2004; DEJOURS; ABDOUCHELI, 2012a; LIMA, 1998). Esta mudança de enfoque provoca a renomeação desses estudos teóricos, que passam a denominar-se Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho interessa-se em compreender as interações estabelecidas entre as condições de trabalho, a organização do trabalho e o trabalho, para avaliar o impacto

produzido na saúde psíquica do trabalhador. Refere-se à formação e às transformações do sofrimento mental atreladas à organização do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a). Mendes (2007) refere que os estudos valorizavam a normalidade em detrimento da patologia, com o olhar voltado para a relação dialética entre sofrimento e prazer no trabalho. Sobre a normalidade, Lancman e Sznelwar (2004a, p. 55) esclarecem:

Ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica do trabalho abre caminho para perspectivas mais amplas, que não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho; não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna.

Para a escola dejouriana, a organização do trabalho significa a divisão do trabalho relacionada ao modo operatório e a divisão dos homens, que se expressa na divisão de responsabilidades, bem como nos processos de hierarquia e controle. Essa perspectiva teórica argumenta que a organização do trabalho incide diretamente no funcionamento psíquico, a carga mental, e tem um grande potencial de desestabilizar a saúde mental dos trabalhadores. Na perspectiva da carga física do trabalho, as condições em que este é realizado afetam o corpo dos trabalhadores e devem ser entendidas como o conjunto de pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas relacionadas ao posto de trabalho (DEJOURS, 2012b).

A rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, a centralização de informações, a falta de participação nas decisões e o não reconhecimento, aspectos relacionados à dimensão do trabalho e muito frequentes no mundo contemporâneo, podem desencadear diferentes manifestações de sofrimento psíquico e emocional (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a). Dejours (1992, p. 133), assim reflete sobre a ação da organização do trabalho sobre o homem:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparecimento psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora.

Para a Organização Mundial de Saúde (2010), um meio ambiente de trabalho saudável, para promoção de atividades preventivas de saúde, seja esse ambiente físico ou psicossocial, interfere na preservação da saúde e da sanidade ou pode ser fator desencadeador de doenças. Essa organização entende meio ambiente de trabalho como local de desempenho laboral, para o qual se requer salubridade e ausência de agentes que possam provocar repercussões na saúde física e psíquica das trabalhadoras. O ambiente físico de trabalho

refere-se à estrutura, ar, maquinário, móveis, produtos, substâncias químicas, materiais e processos de produção no local de trabalho. O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Fatores do local de trabalho que podem causar estresse emocional ou mental são muitas vezes chamados de “estressores”.

Para Wisner (1987, p. 13), todas as atividades, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico (exigências de desempenho corporal necessário à realização de uma tarefa; está relacionado aos movimentos repetitivos e aos distúrbios músculo esqueléticos relacionados ao trabalho); cognitivo (processos individuais, evidenciando a existência de diferentes estilos de perceber, tratar e organizar as informações); e psíquico (decorrentes dos componentes afetivos, negativos desencadeados ou agravados pelo trabalho).

A carga psíquica está relacionada à organização do trabalho, à frequência de situações de emergência, ao ritmo acelerado ou grau de monotonia e repetitividade das tarefas, à pressão do tempo e ao grau de responsabilidade na resolução dessas situações. Não há como mensurar a carga psíquica, pois faz parte da subjetividade, das vivências e experiências individuais. A carga física está associada ao esforço físico e ao desgaste das estruturas corporais para a realização do trabalho, da tarefa. O aspecto cognitivo refere-se às cargas advindas das exigências cognitivas das tarefas, do uso da memória, da percepção, atenção, concentração, raciocínios e tomada de decisões relacionadas com a tarefa prescrita; diz respeito aos processos individuais, estilos de perceber, tratar e organizar as informações. O aspecto psíquico pode ser representado pelas exigências mentais na realização do trabalho, resultantes da confrontação entre os desejos do trabalhador e os da empresa. As manifestações psíquicas ocorrem nas situações em que há necessidade intensa de memorização, atenção, concentração, acuidades visual e auditiva, além de tomada de decisão. No trabalho prescrito, não se consideram os limites do trabalhador, as limitações da condição humana. Assim, potencializam-se erros, falhas e acidentes (CARDOSO *et al.*, 2012).

No trabalho prescrito, as ordens emitidas pela hierarquia, em relação aos objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos, quanto à produtividade, qualidade e prazos, podem ir de encontro às possibilidades criativas e subjetivas do trabalhador (DEJOURS; 2012b). Se a carga psíquica durante o trabalho for reduzida, o trabalho é equilibrante; se não ocorrer desta forma, isto é, se a diminuição não ocorre, aparece a fadiga e a astenia, e posteriormente a patologia. A carga psíquica adquire dimensões importantes em diversos tipos de trabalho e todos esses fatores transformam-se, no aparelho psíquico, em energia pulsional. O prazer do trabalhador resulta da descarga psíquica que a tarefa autoriza, o que

corresponde à diminuição da carga psíquica do trabalho. Quando o trabalhador consegue liberar ou diminuir a carga psíquica, por meio da descarga da energia pulsional, ele pode encontrar o prazer no trabalho realizado (DEJOURS, 2012b).

Nesse processo, há uma fusão de vários fenômenos não apenas originários do trabalho, mas que incluem fatores individuais, ambientais, socioculturais (capacidade intelectual, idade, nível de instrução, formação profissional, aprendizagem, experiência anterior) (GUÉLAUD *et al.*, 1975). Não existe um princípio geral para diminuir a carga psíquica e melhorar a qualidade de vida do trabalhador. No entanto, estratégias individuais e coletivas podem e devem ser adotadas pelos trabalhadores para garantir que o trabalho constitua-se fator de equilíbrio psíquico (DEJOURS, 2012b). Outro aspecto muito importante em relação ao trabalho é que este não é só prazer ou sofrimento, mas envolve também relações subjetivas e objetivas que possibilitam o desgaste e o sofrimento para o trabalhador. É necessário que a tarefa tenha um sentido para o sujeito, com base na sua história de vida, nas suas aspirações e desejos. Para Mendes (1995, p. 36), a psicodinâmica entende que

[...] o trabalho humano não ocupa um lugar marginal dentro da construção da identidade do sujeito, e que deve ser dada ênfase ao estudo da sublimação, ao invés de processos patológicos, porque a energia sublimada é essencial para a construção e a manutenção da economia psicossomática de cada um.

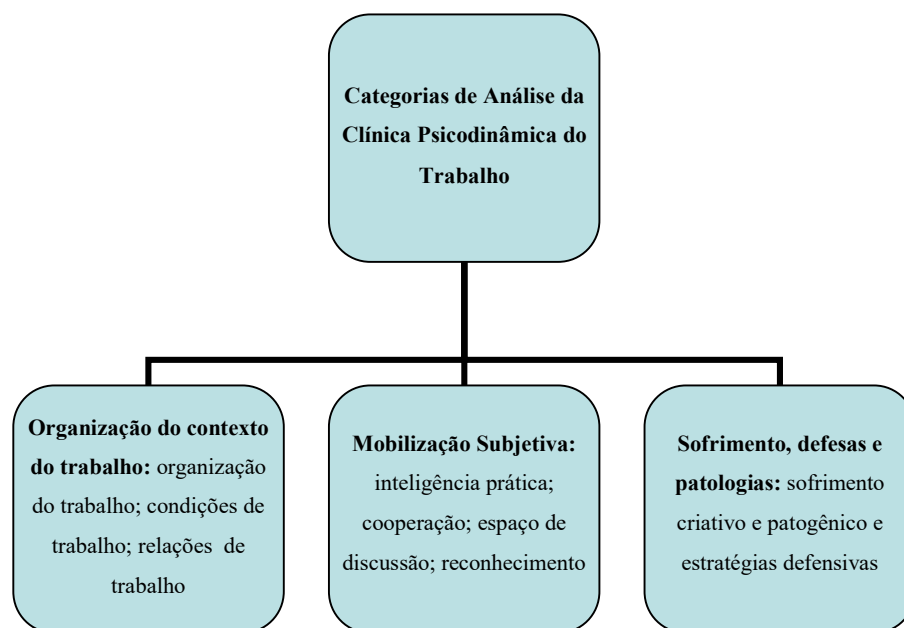
Na relação organização do trabalho-homem, Dejours (1992) argumenta que devem ser levados em conta três elementos: o primeiro seria a fadiga, que faz com que a mente perca sua versatilidade; o segundo, o sistema frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma importante carga pulsional; e o terceiro, a organização do trabalho, que cria uma barreira aos investimentos das pulsões e às sublimações. O prazer no trabalho pode ser alcançado por meio da sublimação, mediante a compatibilidade entre necessidades e desejos do trabalhador e da organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2012b).

A sublimação, consoante Dejours e Abdoucheli (2012b), está vinculada à possibilidade de que um outro (re)conheça a contribuição dada pelo sujeito na superação das resistências. Trata-se do resultado de uma negociação bem-sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e realidade, o que permite ao trabalhador voltar-se para atividades que visem ao aumento do bem-estar. Para esses autores, a sublimação “[...] é caracterizada por três elementos: ela se dá no campo social e notadamente no trabalho; ela é sempre associada às aspirações narcisistas; ela é animada pela parte perversa da sexualidade é indissociável das exigências do ideal trazidas pelo ideal do Ego” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2012b, p. 37).

Na psicopatologia do trabalho, a ressonância simbólica ocorre quando há uma compatibilização entre as representações simbólicas do sujeito, seus investimentos pulsionais e a realidade do trabalho, entre o mundo psíquico e o mundo do trabalho. Lancman e Sznelwar (2004) explicam que a construção da ressonância simbólica ocorre, quando as relações que o sujeito estabelece com o trabalho são decorrentes das dificuldades vivenciadas nas relações infantis com os pais. Assim, na passagem do lúdico para o real, existe uma fase de ambiguidade necessária para a efetivação do indivíduo. Essa escolha do sujeito possibilita a satisfação de desejos inconscientes; a transposição do círculo familiar para a realidade do trabalho implica a necessidade de uma correspondência que impeça rupturas significantes e permita a cada indivíduo perseguir sem questionamento interior e traçar uma história, engajando-se pelo trabalho, em relações sociais mais espaçosas, para as quais transfere as questões herdadas do seu passado e de sua história afetiva. Para Mendes (1995, p. 37): “[...] a ressonância simbólica articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho.”

Dejours, Abdouchelli (2012a) e também Bueno e Macedo (2012), para estudarem a tríade trabalho, organização do trabalho e relação organização do trabalho na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, referem três categorias de estudos: Organização do Trabalho; Mobilização Subjetiva; e Sofrimento, defesas e patologias (Figura 1).

Figura 1 – Categorias de Análise da Clínica Psicodinâmica do Trabalho.



Fonte: Adaptado de Bueno e Macedo (2012).

Na perspectiva teórica dejouriana, a “organização do contexto do trabalho”, primeira categoria de análise da clínica Psicodinâmica do Trabalho, está relacionada com divisão de tarefas, hierarquia, comando e controle e tem um efeito direto sobre o psíquico do trabalhador, sobre a capacidade de cada pessoa alcançar a realização de si. Esse processo é mediado pelo real que constitui o trabalho. Organizações do trabalho rígidas e hierarquizadas tendem a promover mais efeitos psíquicos negativos no trabalhador. Quanto mais a organização de trabalho é hierarquizada do tipo piramidal, quanto mais se sobe na estrutura da empresa, mais se abrem as possibilidades para a expressão e imposição dos desejos de quem ocupa os postos de chefia e, no seu inverso, o apagamento dos desejos e a criação dos trabalhadores fora de postos de comando e controle (DEJOURS, 2012b). As relações entre organização, trabalho e trabalhador não são caracterizadas apenas por relações profissionais; elas abrangem também relações interpessoais.

Dejours (1997) considera a existência de dois tipos de trabalho: o trabalho prescrito e o trabalho real. O primeiro é definido como o conjunto de atividades planejadas e organizadas e engloba a função para a qual o trabalhador foi contratado; já o trabalho real é a maneira de cada trabalhador executar as tarefas que lhe são solicitadas; é “[...] aquilo que, em uma tarefa, não pode ser obtido pela execução rigorosa prescrita (DEJOURS, 1997, p. 43). O trabalho prescrito é influenciado pelo desejo do trabalhador de viabilizar suas aspirações individuais para alcançar a realização no trabalho. Assim, o trabalhador busca ressignificar o sofrimento que o trabalho produz. Dessa forma, emergem as vivências de prazer no trabalho que trazem benefícios para o corpo e a mente, além de melhorar as relações pessoais e interpessoais. Consoante Mendes (1995, p. 36): “[...] o modelo de organização do trabalho prescrito pela organização, como as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho, tem papel fundamental na determinação de vivências de prazer.”

Em relação à subcategoria “condições de trabalho” (Figura 1), Dejours (2004b) entende que pode prejudicar a saúde do corpo, a exemplo das tarefas repetitivas e os riscos para acidentes de trabalho, porém reconhece que os efeitos sobre o trabalhador foram mais atenuados com a mecanização e a robotização. As relações de trabalho referem-se às relações com as chefias imediatas e superiores, com os membros da equipe de trabalho e, ainda, com clientes e fornecedores, quando se trata de relações externas.

No tocante à categoria “mobilização subjetiva” (Figura 1), possui elementos que interagem com o processo de relação entre prazer e sofrimento, que são fontes geradoras de possíveis estratégias de enfrentamento do trabalhador. Visa transformar as situações que geram sofrimento em situações de prazer. As vivências de prazer são individuais,

provenientes da satisfação dos desejos e das necessidades do corpo-mente; o espaço de discussão, o espaço público da fala, significa a construção de um espaço de fala e escuta, posições ideológicas dos participantes do espaço. O trabalhador, individual ou coletivamente, define para si, por meio de outras opções, e busca e desenvolve novas técnicas e aquisições que podem ser vinculadas ao bem comum, como forma de minimizar o sofrimento no trabalho. A mobilização subjetiva depende de contribuição e retribuição e é vivenciada de forma particular pelos trabalhadores (LANCMAN; SZNELWAR, 2004b).

Dejours e Abdoucheli (2012a) identificam a inteligência prática, anteriormente chamada de inteligência astuciosa, como uma defesa, uma ruptura contra regras e normas e também uma transgressão ao trabalho prescrito. É utilizada pelo trabalhador para minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer. A inteligência prática tem como finalidade poupar o uso da força, privilegiando a habilidade da astúcia. Caracteriza-se pela mobilização frente ao trabalho prescrito pela organização do trabalho, e pode levar o trabalhador a proteger-se da fadiga física e psíquica. Esses autores afirmam que existe uma inteligência prática, astuciosa, aquela que é mobilizada na situação real do trabalho não só para minimizar o sofrimento, mas para transformá-lo em prazer.

Para Dejours (1992), Lancman e Sznelwar (2004a) e Bueno e Macedo (2012), a inteligência astuciosa é produzida no exercício do trabalho. É o exercício do trabalho e o confronto com o real que mobilizam a formação dessa inteligência, tanto no nível individual quanto no nível coletivo. É a constante ruptura de normas e regras; é preciso romper com as formas prescritas com criatividade e resolutividade. A inteligência prática é uma estratégia de enfrentamento coletiva que auxilia o trabalhador a resistir ao trabalho prescrito. Este recurso minimiza o sofrimento e transforma o trabalho em prazer.

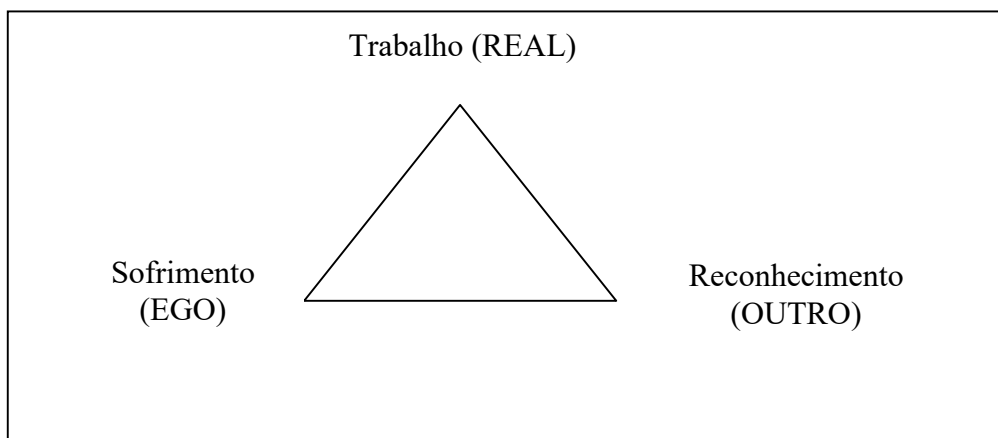
Bueno e Macedo (2012) referem ainda que, na mobilização subjetiva, presente nas Categorias de Análise da Clínica Psicodinâmica do Trabalho (Figura 1), a cooperação, suporte social para o controle do sofrimento, é uma estratégia de mobilização coletiva, que ajuda o trabalhador a ressignificar o trabalho, diferente das estratégias individuais e coletivas de defesa. Nesse caso, ocorre a ressignificação do sofrimento e não sua negação ou minimização (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a; MENDES; COSTA; BARROS, 2003). O que importa à cooperação é “[...] a liberdade dos indivíduos e formação de uma vontade coletiva” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a, p. 67), a qual supõe esforços de inteligência e de participação legítima da corporação laboral e a “[...] vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições da natureza do trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a, p. 67).

Bueno e Macedo (2012, p. 313) acrescentam que espaço de discussão é o espaço público da fala, e “[...] significa a construção de um espaço de fala e escrita em que podem ser expressas opiniões contraditórias”. Esses espaços públicos são caracterizados pela convivência e pelo enfrentamento das opiniões, o que faz cada um discutir e compartilhar as dificuldades vivenciadas. Nesses espaços, as pessoas partilham as histórias sobre suas vidas, sobre o trabalho, sobre a vivência profissional e fora do trabalho. Os trabalhadores agem de forma a minimizar os efeitos prejudiciais do trabalho e isto é viabilizado pelo coletivo construído por eles, que é composto por elementos como solidariedade, confiança e cooperação (BUENO; MACEDO, 2012; LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

Na categoria “Mobilização Subjetiva” (Figura 1), o reconhecimento é uma forma de retribuição moral simbólica dada ao ego como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho. A teorização acerca da importância do reconhecimento, proposta pela Psicodinâmica do Trabalho, busca embasamento nas contribuições oferecidas por Sigaut. Nestas, a ruptura do ego (sujeito) com o real (trabalho) e com o outro (coletivo) leva fatalmente ao que se denomina de alienação mental. Se o indivíduo perde o contato com o real e com o reconhecimento pelo outro, ele encontra a alienação mental (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

Para falar de Reconhecimento, uma das subcategorias da categoria Mobilização Subjetiva (Figura 1), trazemos, na Figura 2, o triângulo da Psicodinâmica do Trabalho, discutido por Lancman e Sznelwar (2004a):

Figura 2 – Triângulo da Psicodinâmica do Trabalho.



Fonte: Lancman e Sznelwar (2004a, p. 73).

O *real* representa o sujeito diante da realidade e a necessidade do trabalho que medeia o sentido do sofrimento, isto é, o *ego*. Para que o indivíduo possa construir sua identidade, é necessária a participação do *outro*, pois é este *outro* que reconhece e julga o trabalho realizado. O reconhecimento no trabalho, na psicodinâmica do trabalho, funciona dentro do coletivo e depende do outro. Assim, graças ao reconhecimento, o sofrimento é transformado em prazer no trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

O reconhecimento por julgamentos diz respeito ao trabalho realizado entre pares. É possível distinguir dois diferentes tipos de julgamento: o de utilidade e o de estética. O primeiro, proferido essencialmente pelo outro na linha vertical, pelos superiores e os subordinados (eventualmente pelos clientes); o de estética, proferido essencialmente na linha horizontal, pelos pares, colegas, equipe ou comunidade (LANCMAN; SZNEWAR, 2004a). Desse modo, o julgamento não é sobre a pessoa, é sobre o fazer desse trabalhador.

O reconhecimento é uma forma simbólica de retribuição, por mostrar a eficácia do trabalhador contribuindo com a organização. Também possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer e realização pessoal e proporciona a ideia de pertencimento. O reconhecimento no trabalho, na contemporaneidade, adquire uma relevância significativa, por ser fundamental nos processos de construção da identidade e de saúde e prazer no trabalho, chamando a atenção para o nexo entre falta de reconhecimento e processos de sofrimento e adoecimento (DEJOURS, 1992; LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

Na Teoria do Reconhecimento, o trabalho é fundamental na formação da identidade do indivíduo. Existe associação entre o reconhecimento do mérito e do desempenho nas relações de trabalho como fatores importantes para que os indivíduos adquiram autoestima. Para o trabalhador, o trabalho deve assegurar não apenas a subsistência, como também proporcionar prazer, valor e integração social. A ideia é que o ser humano forma e afirma sua identidade pessoal à medida que essa identidade seja reconhecida através do outro, num processo que está na base da justificação do reconhecimento (HONNETH, 2009). Renault (2004), ao abordar a Teoria do Reconhecimento de Honneth, defende que é pelo reconhecimento que o ser humano encontra condições benéficas para uma vida digna de ser vivida, ao passo que a negação do reconhecimento causa sofrimento social e psicológico.

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço investido pela realização do trabalho. Ele possibilita ao sujeito a construção de sua identidade; é uma forma de armadura para a saúde psíquica e precisa ser fortalecida para evitar a descompensação psíquica. Para Lancman (2004, p. 32), o trabalho “[...] aparece como mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica”.

Dejours e Abdouchelli (2012b) referem que a identidade é sempre resultante de uma luta contra os riscos de alienação. A conquista da identidade no campo social, mediada pela atividade do trabalho, passa pela dinâmica do reconhecimento (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

Na terceira categoria, denominada “sofrimento, defesas e patologias” (Figura 1), o sofrimento relacionado ao trabalho pode ser criativo e patogênico. No sofrimento criativo, o indivíduo transforma o sofrimento em algo benéfico. Portanto, a organização do trabalho deve proporcionar alguma liberdade, para que o sujeito possa utilizar a sua inteligência prática, a mobilização subjetiva e o engajamento no coletivo (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2012a; MENDES, 2007).

O sofrimento no trabalho pode transformar-se em prazer, isto é, ressignificar-se e buscar a transformação com base na atitude do trabalhador de explorar a subjetividade, a criatividade e a inventividade na execução das tarefas. “[...] a divisão de tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito” (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2012a, p. 126).

As estratégias defensivas minimizam o sofrimento. Constituem uma forma de suportar o sofrimento patogênico. São mecanismos utilizados pelo trabalhador para modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer e têm a função de acomodação e/ou proteção contra o adoecimento. Assim, ocorre um estado de latência, que permite ignorar e negar o sofrimento e suas causas. Na negação, o trabalhador bloqueia seu pensar, agir e lutar (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2012a).

No sofrimento patogênico, não existe possibilidade de negociação (liberdade) entre o sujeito e a organização do trabalho. Nesse mesmo sentido, segundo Dejours e Abdouchelli (2012a, p. 137):

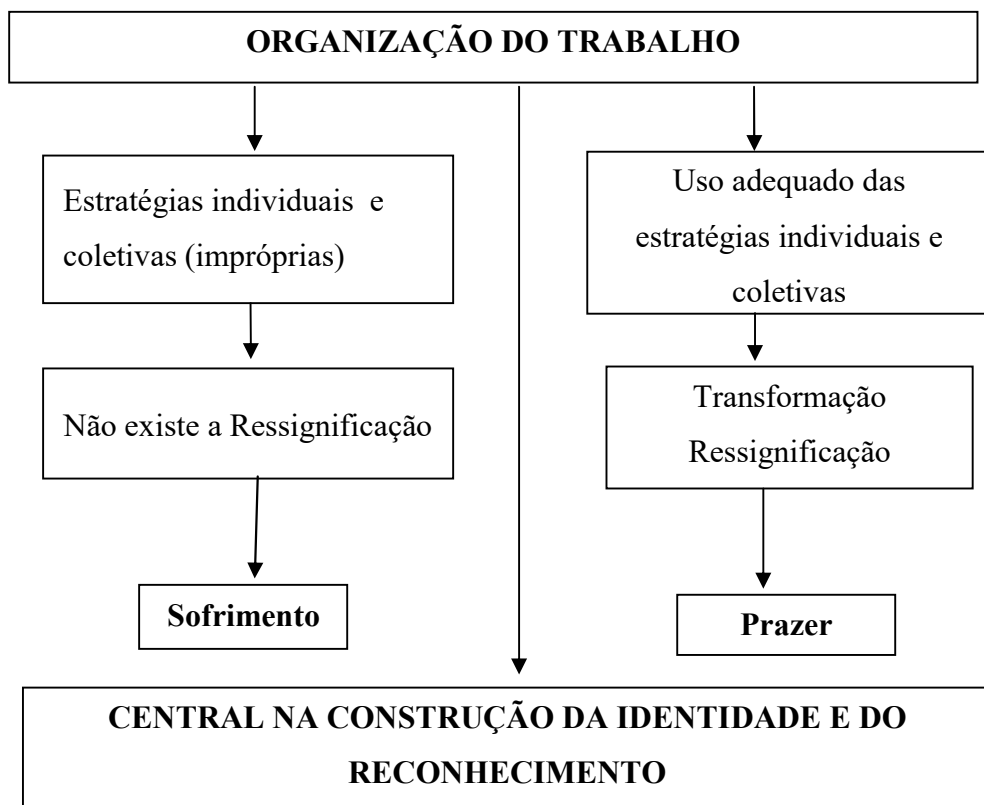
[...] o sofrimento patogênico surge quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença.

Para Dejours e Abdouchelli (2012a), as estratégias defensivas, como visto, são mecanismos aos quais o trabalhador recorre para modificar e transformar a percepção da realidade que o faz sofrer. Este processo é mental; ele não modifica a realidade da pressão patogênica imposta pela organização do trabalho, mas é uma alternativa que visa o equilíbrio psíquico e minimiza o sofrimento originado nas imposições e na rigidez da organização do trabalho.

As estratégias defensivas, utilizadas pelos trabalhadores como função adaptativa às pressões do trabalho com o objetivo de “atacar” o sofrimento, desencadeiam o estado de normalidade sofrente, que não é, em hipótese alguma, a ausência de sofrimento, mas são responsáveis por evitar o adoecimento no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2012a; BUENO; MACEDO, 2012). As estratégias defensivas ocorrem quando não existe o reconhecimento para evitar o sofrimento psíquico. “A normalidade sofrente aparece como estratégia defensiva decorrente do sofrimento patogênico é o resultado alcançado na luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões no trabalho” (DEJOURS, 2012a, p. 47). As estratégias defensivas podem levar à alienação, pois, como o sofrimento não se transforma em prazer, ocorre o sofrimento psíquico e o somático, e o enfrentamento leva ao sofrimento criativo. O individualismo é uma estratégia de defesa e a passividade, uma estratégia contra o tédio. Entre dinâmica do reconhecimento e estratégia defensiva contra o sofrimento, o trabalho é conduzido pelas relações intersubjetivas entre as pessoas (LANCAMAN; SZNELWAR, 2004a).

A Figura 3 apresenta um esquema da organização do trabalho como pilar na transformação do sofrimento em prazer.

Figura 3 – Organização do Trabalho como pilar na transformação do sofrimento em prazer.



Segundo Dejours (2004a), o uso frequente de mecanismos de defesa leva às patologias sociais classificadas como de sobrecarga, da servidão voluntária e da violência. A patologia da sobrecarga decorre de trabalho além da capacidade das pessoas, agravando a sobrecarga no trabalho e conduzindo ao adoecimento, como *Burnout* e Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT). A patologia da servidão voluntária é o conformismo. As pessoas escondem o sofrimento, para não se tornarem diferentes do contexto, e negam a insatisfação e a subjetividade. A patologia da violência é a agressividade que se manifesta quando o trabalho não tem sentido e as relações subjetivas deterioram-se. Pode-se encontrar essas manifestações no vandalismo, no assédio moral (isolamento, comentários maldosos e desrespeitosos, exclusão de atividades sociais), depressão, que sempre antecede o suicídio, e tentativas e/ou suicídio (DEJOURS, 2004a).

A escola dejouriana busca entender de que forma as transformações vinculadas ao mundo do trabalho contemporâneo têm causado o adoecimento e o sofrimento do trabalhador. Também questiona de que maneira a organização do trabalho é determinante ou não para o sofrimento mental e de que forma o trabalhador processa e interpreta esse sofrimento (DEJOURS, 2012a). A tese do individualismo, à luz da Psicodinâmica de Dejours, é construída pelos próprios trabalhadores com base na sua relação com o trabalho, como um produto do próprio sofrimento psíquico, em resposta ao trabalho patogênico (DEJOURS, 2012a).

Para Dejours, Dessors e Desrlaux (1993), o trabalho é fundamental para o desenvolvimento da identidade e da vida psíquica de cada pessoa. Pode-se falar de uma identidade pelo trabalho capaz de potencializar crescimento, desenvolvimento psíquico e saúde, aspectos que favorecem as identidades individuais e/ou coletivas e a autorrealização. Possivelmente, o trabalhador que adoce não consegue desenvolver estratégias de defesa frente às imposições organizacionais; além disso, a realidade do trabalho pode levar a uma desorganização dos processos psíquicos.

Diversos autores, no Brasil, têm utilizado a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, e referem que o trabalhador não é passivo às exigências organizacionais. Ele encontra formas e estratégias de se proteger dos efeitos nocivos à saúde mental, em função do sofrimento psíquico, social ou moral (ANTLOGA; MENDES, 2009; MENDES, 2007; SELIGMANN-SILVA, 2011).

O sofrimento psíquico (*psychological distress*) “[...] é uma dificuldade emocional que associa sintomas psicológicos e físicos, sendo considerado um Transtorno Mental Comum (TMC)” (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016, p. 2137). Os transtornos mentais comuns possuem significativa prevalência nas sociedades modernas, por causar sofrimento

para a pessoa e para a família, afetando indivíduos de diversas faixas etárias, com destaque para os adultos. O sofrimento é individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa. Assim, diversos fatores podem acarretar os TMC: baixa autoestima, ser do sexo feminino, baixo nível de escolaridade, eventos de vida estressantes e desempenho insatisfatório de papéis sociais, problemas interpessoais, problemas de saúde, estar desempregado ou não ter nenhuma ocupação, condições inadequadas de habitação, abuso do tabaco e do álcool e violência. O TCM pode apresentar-se por meio de múltiplos sintomas, tais como queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam caracterizar-se como sintomas depressivos e ansiosos (ARAÚJO, 2003; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016; PINHO; ARAÚJO, 2007).

O sofrimento psíquico, na relação com o trabalho, pode decorrer de algumas situações enfrentadas pelo trabalhador, tais como: esforços adaptativos às mudanças culturais, sociais e ideológicas que existem no mundo do trabalho na atualidade; imposições da organização do trabalho, com mudanças frequentes nos seus modelos e processos; possível ruptura entre a realidade vivida no trabalho e a história de vida do sujeito (SZNELWAR, 2004).

O sofrimento social é um novo paradigma na mídia e na arena política, bem como nas ciências sociais e humanas. O sofrimento social tem sido discutido nas últimas décadas, na antropologia, na sociologia e na psicologia social, nas políticas públicas e econômicas e internacionais. O termo, abordado em diferentes contextos no exame de causas sociais, como exclusão social, identidade, migração, gênero, saúde pública, analisa as causas sociais e as experiências individuais e de que maneira refletem nessas populações (BOUYER, 2015).

Emmanuel Renault, professor de Filosofia da *École Normale Supérieure de Lyon*, não aborda de forma direta e integral o “sofrimento no trabalho”, mas, sim, o sofrimento social. O termo “sofrimento social” é muito mais amplo e genérico que os termos “sofrimento no trabalho” e “sofrimento psíquico”. Muitos aspectos do sofrimento social que se vivencia na atualidade são gerados pelas políticas neoliberais atuais e demonstram como as políticas econômicas e sociais incidem nas condições de vida das pessoas, com redução da qualidade de vida. As perdas têm alcance coletivo e/ou individual e estão associadas ao desemprego. A precarização do emprego, a exclusão, a dominação, a violência e o assédio mostram os riscos a que a população está exposta (RENAULT, 2004).

O sofrimento social, nessa perspectiva, resulta de uma violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou grupo que dela faz parte. O conceito refere-se aos

efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011). O sofrimento social “[...] progride na contemporaneidade em função do desenvolvimento econômico e social, a pobreza, a precariedade, e da precarização da vida, causada pelos processos de desenvolvimento e incitação econômica vivida na sociedade atual” (WERLANG; MENDES, 2013, p. 766). O sofrimento social é uma crítica filosófica ao mundo em que vivemos; está vinculado a várias dimensões, como as relações familiares, o trabalho e a saúde e a perda de objetos sociais (RENAULT, 2004).

Jameton (1993) apresentou o conceito de Sofrimento Moral como um desequilíbrio psicológico causado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência. Bordignon (2016) avalia que situações vivenciadas pelas trabalhadoras, a exemplo das trabalhadoras de enfermagem, podem ser angustiantes ou não, com base em suas crenças, valores, experiências e percepções individuais, assim como exposições a conflitos e problemas morais que podem vir a gerar sofrimento moral em função da responsabilidade direta no cuidado ao paciente, combinada aos desequilíbrios de poder entre os membros da equipe de saúde. “A enfermeira utiliza diversas estratégias para garantir que sua postura moral seja respeitada, resistindo ao impacto negativo do sofrimento moral” (BORDIGNON, 2016, p. 46).

O sofrimento – seja psíquico, social, moral, individual ou coletivo – resulta dos efeitos nocivos das relações desiguais de poder e da violência cometida pela própria estrutura social e não por um indivíduo ou um grupo social do qual ele faz parte. O sofrimento é um construto multifacetado; é uma vivência inconsciente e individual. Algumas formas de manifestação de sofrimento são sentimentos de inutilidade, angústia, insatisfação e desgaste. Para Mendes (1999), o sofrimento funciona como um sintoma que alerta o trabalhador para o fato de que algo não está bem; nesse sentido, é importante também para que mudanças na dinâmica de interação do indivíduo com o trabalho aconteçam. O sofrimento pode manifestar-se por meio de sintomas, tais como: ansiedade, insônia, insatisfação, dor e sofrimento, indignidade, sentir-se inútil, desvalorizado e com desgaste e sofrimento mental.

E o prazer? Gulyás (2016) refere que o prazer é um construto importante e está relacionado ao conceito de bem-estar, que se relaciona ao que o senso comum considera como felicidade, satisfação, realização. Esse autor concorda com o argumento de que o prazer está relacionado com o conceito de bem-estar felicidade, satisfação e realização. O bem-estar subjetivo (BES) é o que chamamos de prazer ou satisfação com a vida. O BES abrange dois componentes, afetos positivos e negativos, e satisfação estão relacionados como as pessoas se sentem e avaliam suas vidas. Afetos positivos introduz a ideia de sentimento de prazer ativo,

descrição de um estado emocional (felicidade e contentamento); e o afeto negativo inclui emoções desagradáveis como ansiedade, aborrecimento, pessimismo e depressão. A satisfação é um processo de juízo e avaliação geral da própria vida. A mensuração consiste no autorrelato. Albuquerque e Troccóli (2004, p. 154) referem que pessoas “[...] individualistas podem experimentar níveis mais extremos de BES, enquanto coletivistas podem ter uma estrutura mais segura, que produz menos pessoas muito felizes, mas talvez também menos pessoas isoladas e deprimidas”. O construto BES sofre influência cultural. Albuquerque e Troccóli (2004) afirmam que, em culturas ricas e individualistas, o nível de felicidade (prazer, satisfação) é mais elevado.

Para Tiger (1993), existem quatro tipos básicos de prazer: fisioprazeres, psicoprazeres socioprazeres, e ideoprazeres. Os fisioprazeres relacionam-se ao corpo e envolvem os sentidos e as experiências a ele relacionadas. Os psicoprazeres estão relacionados com a satisfação advinda do uso das habilidades do indivíduo no desenvolvimento de suas atividades diárias. Os socioprazeres são prazeres gerados pelo contato social. Os ideoprazeres são mentais, estéticos e, quase sempre, privados; estão relacionados ao prazer proporcionado por filmes, músicas, livros, pela natureza.

Mendes (1999) entende o prazer como um elemento central para a estruturação psíquica do ser humano, uma vez que oferece a possibilidade de fortalecimento da identidade pessoal mediante o contato com o produzir e com o ambiente social.

O adoecimento no trabalho ocorre de forma silenciosa e pode ser resultante da exposição prolongada ou permanente aos agressores ambientais ou organizacionais do trabalho (DEJOURS, 2004b). O adoecimento do trabalhador tem aumentando, nesse modo de produção capitalista, na qual se valoriza a produtividade para gerar aumento do capital, não havendo a preocupação com as condições de trabalho e o sofrimento gerado. Portanto, o homem é tratado como uma máquina. É essa forma de alienação e de desvalorização que causa o sofrimento mental e o adoecimento físico. Essa simbiose do trabalhador com o conjunto desses elementos, no ambiente do trabalho, será responsável pelo desencadeamento, ou não, do sofrimento e, por consequência, do comprometimento, ou não, da sua saúde psíquica (DEJOURS, 1992, 2000). Segundo Beserra *et al.* (2014, p. 179: “Quando o homem adoce, passa a perceber a sua vulnerabilidade. Assim, deve-se sempre ter em consideração os fatores que conduziram a pessoa aquele estado, a forma como a pessoa lida com a situação e o tipo de apoio que recebe para revertê-la.”

O trabalho em saúde, no contexto hospitalar, causa sofrimento. As trabalhadoras lidam com o adoecimento, o sofrimento e a morte do outro, e ainda com o sofrimento da família. A

trabalhadora vivencia problemas que não consegue resolver sozinha e irão impactar na sua saúde psíquica, tais como condições precárias no trabalho, dupla jornada, falta de reconhecimento e sobrecarga. Assim, Lancman e Sznelwar (2004a) mostram que as trabalhadoras resguardam-se do sofrimento psíquico proveniente do trabalho real e de condições inadequadas de trabalho, por meio do uso da criatividade e de estratégias defensivas. No entanto, o reconhecimento da competência da trabalhadora pelos pares e pela hierarquia é fundamental para que ela possa superar os obstáculos do trabalho prescrito (LANCMAN; SZNELWAR, 2004a). Quando ocorre pressão no trabalho, por produtividade ou excesso na carga laboral, o desgaste físico e mental do trabalhador aumenta, ocasionando distúrbios físicos e emocionais, tais como ansiedade, depressão, doenças psicossomáticas, distúrbios do sono, agressividade, isolamento social, além do agravamento de doenças, como a hipertensão arterial e a diabetes.

Desse modo, o trabalho pode contribuir para o sofrimento, causando transtornos no corpo e na mente. Em direção oposta, o prazer vivenciado no trabalho manifesta-se por meio de realização, gratificação e satisfação dos desejos.

3 METODOLOGIA

Nesta seção é descrita cada uma das fases por meio das quais a metodologia adotada no estudo pode ser entendida. Suas subseções, tais como tipo e cenário do estudo, população alvo e amostra, coleta de dados, descrição das variáveis quantitativas, análise dos dados e aspectos éticos, detalham os procedimentos aplicados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo analítico transversal, qualitativo ou de métodos mistos. Foi realizado no período de fevereiro a dezembro de 2018.

A perspectiva teórico-metodológica estabelece conceitos, proposições e procedimentos a serem adotados para se proceder à produção, sistematização, interpretação e análise de dados de uma pesquisa, com o propósito de compreender e interpretar os significados do fenômeno em estudo – sofrimento e prazer nas relações de trabalho – dentro de uma realidade complexa, histórica e temporalmente situada. A escolha dessa abordagem decorreu do fato de considerar-se que o quantitativo e o qualitativo complementam-se numa pesquisa, pois a realidade abrangida interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Isto é, a trajetória escolhida para a obtenção de resposta às indagações sobre o objeto investigado é delineada (MINAYO, 1994).

Richardson (1999) destaca que a abordagem quantitativa caracteriza-se por empregar a quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informação quanto no tratamento dos dados, mediante procedimentos estatísticos. Gatti (2004) considera que quantidade e qualidade não estão dissociadas na pesquisa, na medida em que, de um lado, a quantidade é uma tradução, um significado atribuído à grandeza com que um fenômeno se apresenta; do outro, ela precisa ser interpretada qualitativamente, pois, sem relação a algum referencial, o fenômeno não tem significação em si.

Flick (2004) salienta que a convergência dos métodos quantitativos e qualitativos proporcionam mais credibilidade e legitimidade aos resultados encontrados, evitando o reducionismo a apenas uma opção. Dentre as contribuições da pesquisa quanti-qualitativa/quali-quantitativa, o autor destaca: reúne controle de vieses (métodos quantitativos) com compreensão baseada nos agentes envolvidos na investigação (métodos qualitativos); agrega a identificação de variáveis específicas (métodos quantitativos) com uma visão global do fenômeno (métodos qualitativos). De acordo com Minayo (1994) e Theóphilo (2009), o ponto

forte, tanto da abordagem qualitativa quanto da quantitativa, é proporcionar maior compreensão dos problemas estudados. Para Creswell (2010, p. 39), usando métodos mistos, o pesquisador pode “[...] iniciar o estudo com o método quantitativo, seguido por um método qualitativo que envolva uma exploração detalhada de alguns casos ou indivíduos”. A utilização do método quantitativo, nesta pesquisa, possibilitou avaliar a representatividade e a abrangência do fenômeno na população estudada, seus padrões de frequência e variáveis mais recorrentes.

A investigação envolveu duas fases: a primeira correspondeu à coleta dos dados quantitativos, na qual foram utilizados três questionários para mensurar o nível de suspeição de transtornos mentais comuns não psicóticos e ingestão de bebidas: o THS – Trabalho Hospitalar em Saúde –, para caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico das trabalhadoras; o SRQ-20, para mensurar o nível de suspeição de transtornos mentais comuns não psicóticos; e o AUDIT, para medir o consumo abusivo de álcool. A segunda etapa correspondeu à produção dos dados qualitativos e teve início com a seleção das participantes para a pesquisa qualitativa. O instrumento escolhido foi a entrevista semiestruturada, realizada após o resultado do SRQ-20. As trabalhadoras contatadas, abordadas aleatoriamente, foram aquelas cujos resultados apresentaram respostas positivas igual ou maior que sete, indicando riscos para sofrimento. As entrevistas, para aquelas que aceitaram participar desta etapa, foram agendadas e realizadas no local escolhido pela trabalhadora.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O hospital, local do desenvolvimento da produção de dados desta pesquisa, é unidade vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Construído em 1976 e inaugurado em 1979 pelo Governo do Estado da Bahia, desde então o hospital tem passado por sucessivas reformas de ampliação. Localizado em Salvador, constitui-se numa das principais unidades hospitalares de saúde do estado da Bahia. É um hospital de grande porte, que faz atendimentos de alta complexidade e de caráter assistencial, com prestação de atendimento à população em mais de 28 especialidades médicas, incluindo genética e atendimento de crianças com necessidades especiais. Atualmente, conta com 640 leitos e realiza uma média de 120 mil procedimentos ambulatoriais/mês e 1.310 internamentos/mês, todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação desde novembro de 2006 como Hospital de Ensino, é considerado o maior

complexo hospitalar do estado da Bahia. Os sete andares ocupados por suas unidades são distribuídos numa área aproximada de 32.080,94 m², com 107.327,75 m² de área construída. Desde a entrada principal até a recepção, percorre-se uma distância de aproximadamente 200 metros.

Antes de chegar ao prédio principal do hospital encontra-se uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Hospital Geral, inaugurada em setembro de 2014 e administrada pelo Instituto de Gestão e Humanização. Funciona 24 horas e tem capacidade para atender cerca de 11 mil pessoas por mês, concentrando exclusivamente os casos de urgência e emergência. Não foi realizada pesquisa nesse local.

O Hospital está dividido em quatro áreas estratégicas de atendimento: serviço administrativo, composto por Serviço Integrado de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SIAST), gestão de leitos; núcleo interno de regulação, núcleo de vigilância e núcleo de prontuários. O serviço de urgência e emergência encontra-se estabelecido em emergência adulto (composta de salas vermelha, amarela e verde), emergência infantil, centro obstétrico e centro cirúrgico, além de centro de material esterilizado (CME), e Unidades de Terapia Intensivas [UTI Acidente Vascular Cerebral-UTI-AVC, UTI-Emergência (EME), UTI adulto, UTI neurológica, UTI pediátrica, UTI geral e UTI neonatal]. Na área de apoio terapêutico, disponibilizam-se os serviços de Bioimagem – ressonância magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia (USG) –, centro de hemorragia digestiva (CHD); agência transfusional (AT); laboratório; e ambulatório e respectivas especialidades de atendimento, num total de 103, dentre as quais se destacam: infectologia, cardiologia, ortopedia, urologia, neurologia, angiologia, pediatria, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria e vacina. Nas Unidades de Internação, encontram-se a clínica médica, clínica cirúrgica, setor de urologia, neurocirurgia, neuroclínica, proctologia, ginecologia, obstetrícia, maternidade, pediatria, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (Ucinco); nefrologia e buco-maxilo. O Serviço de Arquivo Médico (SAME) está no 1º subsolo do hospital.

No prédio anexo, além do ambulatório, no térreo, no primeiro e segundo andares funcionam os Serviços Administrativos: Diretoria Geral, Diretoria Financeira, Diretoria de Enfermagem, SIAST, Recursos Humanos, Financeiro e setor de ensino e pesquisa. Este último é equipado com biblioteca, laboratório e auditório, além de dormitório para residentes.

O Centro Antiveneno (CIAVE), situado ao lado da EME, é responsável pelo atendimento dos casos de envenenamento. Atua também como unidade de treinamento de profissionais e de apoio para orientar condutas aos profissionais locados nas unidades de emergência de todo o estado.

A gestão do hospital é realizada pelo Diretor, indicado pelo Secretário de Saúde do Estado. Esta Secretaria firmou contrato com uma Organização Social (OS) e com uma fundação para a gestão, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde em algumas unidades, para suprir o número de trabalhadores e gerir alguns serviços. A Secretaria repassa a verba, para que eles gerenciem essas questões. As OS instituem-se como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, dirigidas à prestação de serviços sociais e qualificadas por ato do poder executivo.

As OS constituem-se na mais recente proposta governamental para a gestão do setor saúde no Brasil. A medida foi introduzida pelo governo federal e estadual para a gestão de serviços de saúde antes sob gestão pública e estatal. Os instrumentos legais, vigentes desde 1997, já introduziram esse modelo de gestão em vários estados brasileiros, constituindo-se numa iniciativa paralela à implantação do próprio SUS, definido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1998; TANAKA; MELO, 2001).

As OS possuem autonomia administrativa e financeira, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos. Isto lhes permite, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, fazer todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos a elas destinados. Os trabalhadores admitidos têm seus vínculos estabelecidos em consonância com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O Diretor Geral do Hospital configura-se como gestor. Ele conta com a colaboração de Assessores, Diretorias e Coordenações (Quadro 1).

Quadro 1 – Assessorias, Diretorias e Coordenações do Hospital Geral – 2018.

(continua)

Diretoria Geral	Coordenações
Assessoria Jurídica; de Comunicação; de Planejamento; Ouvidoria; Conselho Gestor; NSP e comissões	
Diretoria de Infraestrutura	Obra e Infraestrutura, Manutenção Predial, Hidráulica e Elétrica
Diretoria Administrativa	Orçamento e Finanças; Logística; Contratos: compras; COPEL; Padronização; Farmácia; Almojarifado; Patrimônio; Recursos Humanos; Tecnologia da informação [TI]; SAME e SIAST. Segurança; Telefonia

Quadro 1 – Assessorias, Diretorias e Coordenações do Hospital Geral – 2018.

(conclusão)

Diretoria Geral		Coordenações
Diretoria de Apoio a Diagnóstico		Apoio Terapêutico Nutrição Terapia Ocupacional Fonoaudiologia Fisioterapia Agência Transfusional; Serviço Social Psicologia
Diretoria de Apoio a Diagnóstico		Apoio a Diagnóstico Laboratório Bioimagem Hemodinâmica Centro de Hemorragia Digestiva Ambulatório
Diretoria de Enfermagem		Higienização; UTI: Semi adulto; centro cirúrgico; Bioimagem; hemodinâmica; CME; CHD; Ambulatório; Centro Obstétrico; Semi Neo; Emergência; Lavanderia; Núcleo Interno de Regulação (NIR); Serviço de Atenção a pessoas com feridas e ostomias (SAPFE); Organização de procura de órgãos e tecidos (OPO); Terapia Nutricional; Ensino
Diretoria Médica	Diretoria Adjunta clínica	Pediatria; obstetrícia; internos; anestesia; UTIs; Centro cirúrgico; Centro obstétrico; Clínica cirúrgica; Especialidades (endocrinologia, neurologia, gastroenterologia; oftalmologia; ginecologia; ortopedia; vascular. Neurologia; hematologia . Banco de sangue; ensino e pesquisa; psicologia; gestão de leitos; engenharia clínica
	Diretoria Adjunta da Emergência	Emergências (geral; pediatria e obstetrícia Plantonistas (clínica; cirurgia geral, pacientes críticos; neurocirurgia, vascular, Neuroclínica

Fonte: Elaboração própria.

A Diretoria de Enfermagem tem sua própria estrutura, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Diretoria de Enfermagem.

Diretoria de Enfermagem	Serviços
Supervisão de Enfermagem 1	Higienização Unidade de Acidente Cerebral Vascular (UAVC) UTI Cirúrgica, Semi Adulto; UTI EME; UTI GERAL Farmácia UTI Enfermaria 4 AB
Supervisão de Enfermagem 2	Centro Cirúrgico Bioimagem; Hemodinâmica CME; Ambulatório CHD Enfermarias 1A, 1B e 1C Enfermarias 2º Andar (infecção, neuroclínica, clínica médica, endócrino, gastro e cardíaco)
Supervisão de Enfermagem 3	UTI neonatal Centro Obstétrico Semi Neo Enfermarias 3A; 3B; 3C (ginecologia e obstetrícia)
Supervisão de Enfermagem 4	Emergência (adulto e pediátrica) Lavanderia Banco de olhos Núcleo Interno de Regulação (NIR) Terapia Nutricional Serviço de Atenção a pessoas com feridas e ostomias (SAPFE) Agência Transfusional

Fonte: Elaboração própria.

Esta unidade hospitalar oferece também a Terapia Renal Substitutiva em regime ambulatorial e de internação. Desde 2004 integra o Projeto Nefro-Bahia, que visa organizar o atendimento para diagnóstico e terapia renal no estado da Bahia. Oferece serviço de

atendimento adulto e pediátrico a renais crônicos e realiza 2.160 procedimentos mensais. Presta assistência 24 horas em hemodiálise e diálise peritoneal.

O número de internações em 2017 ficou em torno de 13.328, de janeiro a dezembro, numa média de 1.100 internações/mês. A Tabela 1 apresenta, em números absolutos, a média anual de internações por algumas especialidades:

Tabela 1 – Média anual de Internações no Hospital Geral por Especialidades – Salvador, Bahia, Brasil – 2017.

Especialidades	n / média
Clínica Obstétrica e Alojamento Conjunto	1.978
Clínica Ginecológica e Obstetrícia	1.554
Clínica Cirúrgica e Bucomaxilo, Cirurgia Geral e Neurologia	1.176
Internações Clínica Pediátrica	719
Clínica Médica e Neuroclínica	641
Clínica Médica e Infectologia	569
Clínica Cirúrgica Vascular	511
Atendimento ambulatorial – consultas mensais	22.000
Atendimento ambulatorial – consultas diárias	880
Exames mensais	7.000
Exames diários	280

Fonte: Elaboração própria.

3.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

As participantes foram as trabalhadoras de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) concursadas e terceirizadas que possuem vínculo funcional na unidade hospitalar (hospital e ambulatório) definida como local da pesquisa. Atualmente, segundo dados coletados em 14 de fevereiro de 2018 junto à Diretoria de Enfermagem do hospital pesquisado, a equipe de enfermagem conta com 1.968 profissionais. Deste total, são profissionais de vínculo concursado o montante de 294 enfermeiras e 915 técnicas e auxiliares de enfermagem. Na categoria de trabalhadoras terceirizados, são 291 enfermeiras e 468 técnicas de enfermagem, não havendo contratação na modalidade de terceirização para a categoria auxiliares de enfermagem (Tabela 2).

Tabela 2 – Categorização do Quantitativo da Equipe de Enfermagem do Hospital Geral. Salvador, Bahia, Brasil – 2018.

Cargo/vínculo	Concursados	Terceirizados	Total
Enfermeiras	294	291	585
Técnicas de Enfermagem e Auxiliares de enfermagem	915	468	1.383
Total			1.968

Fonte: Elaboração própria.

Existem quatro modalidades de vínculo empregatício no hospital estudado: concursadas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, com regime jurídico; Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), instituição pública sem fins lucrativos; Fundação Jose Silveira (FJS) e Instituto de Gestão e Humanização (IGH), na condição de regime celetista para enfermeiras, Técnicas e auxiliares de enfermagem

As auxiliares de enfermagem concursadas, como realizaram a capacitação para técnicas de enfermagem e exercem as atividades relacionadas a essa função, estão aguardando a progressão. Muitas já contam com tempo de serviço para a aposentadoria.

Foram separadas duas categorias profissionais, enfermeiras, e técnicas e auxiliares de enfermagem agrupadas, visto que, nesse hospital estas desenvolvem o mesmo tipo de atividade. A seleção das participantes da pesquisa quantitativa ocorreu por amostragem – o total de trabalhadoras de enfermagem correspondia a 1.968 trabalhadoras concursadas e terceirizadas (Tabela 2) –, em razão dos custos e do tempo disponível para a pesquisa em campo, bem como pelo fato de não ser imprescindível examinar cada uma das realidades que o compõem. Essa opção ampara-se no entendimento de que, em um conjunto de unidades, uma porção do total representa o comportamento de todo o universo. A definição da amostra serviu para estabelecer um parâmetro e saber quantas seriam as participantes da pesquisa.

Em relação à amostra, Paranhos *et al.* (2016, p. 393) ensina que “[...] é a partir dela que os pesquisadores coletam informações sobre diferentes objetos de estudo, selecionam as variáveis analiticamente relevantes e conduzem o próprio desenho de pesquisa”. O processo de amostragem envolve riscos, pois se tomam decisões sobre toda a população com base em apenas parte dela.

O tamanho da amostra da pesquisa quantitativa foi calculado com o auxílio do programa *Open-Epi version 2*. Os parâmetros utilizados foram: número de enfermeiros na unidade (1.968), prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) de 37%, limite de confiança de 5%, e efeito do delineamento de 1, totalizando o número amostral necessário de 322 participantes (Tabela 3). O processo de amostragem adotado foi consecutivo e por conveniência. É importante lembrar que o cálculo do tamanho amostral baseia-se em estimativas e previsões que podem ser imprecisas e, portanto, está sujeito a erros.

Tabela 3 – Descrição da amostra aleatória para aplicação dos questionários por categoria profissional. Salvador, Bahia, Brasil – 2018.

Categoria Profissional	n
Enfermeiras	96
Técnica de enfermagem	226
Total	322

Fonte: Elaboração própria.

Foi estabelecido como critério de inclusão na pesquisa quantitativa: ser trabalhador de enfermagem que estivesse trabalhando há mais de seis meses no hospital e apresentasse qualquer tipo de vínculo funcional – concursadas e terceirizadas.

O critério de exclusão da pesquisa quantitativa foi não pertencer à equipe de enfermagem e ser residente de enfermagem. A residência tem duração de dois anos, com atividades teóricas e práticas, sob a forma de treinamento em serviço, porém sem vínculo empregatício.

A seleção das participantes da pesquisa qualitativa e o número total de trabalhadoras a serem entrevistados não foram definidos *a priori*, pois procedemos à seleção da amostra com base nos escores obtidos após a análise de dados do instrumento SRQ-20 na etapa do estudo quantitativo (foi definido como ponto de corte para suspeito de ser um caso, aqueles que tiveram sete ou mais respostas positivas).

Emergiram 47 participantes do resultado do SRQ-20. No entanto, a busca foi aleatória, considerando a aceitação da trabalhadora para participar da entrevista gravada quando foram abordadas. Das 47 selecionadas para a entrevista, 5 não foram encontradas, por terem pedido demissão, e 4 estavam de férias. A coleta permaneceu até o momento em

que houve convergências suficientes para configurar o fenômeno investigado. No caso das entrevistas, foram encerradas por saturação dos dados. No total, foram realizadas 23 entrevistas.

A amostragem, na pesquisa qualitativa, envolve aspectos relacionados à compreensão do fato social a ser investigado, não sendo prioridade o critério numérico, assim como não há preocupação com generalizações (MINAYO, 2004). Para esta autora, uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações. No decorrer do processo, a pesquisa qualitativa buscou as unidades de significação nas respostas e não se prendeu ao somatório de depoimentos.

3.4 COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados da pesquisa, utilizou-se todo rigor metodológico para aplicação dos instrumentos: Trabalho Hospitalar e Saúde (THS), *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), entrevista semiestruturada e observação direta.

O instrumento THS foi aplicado na pesquisa de doutorado da Professora Ana Pitta, em São Paulo, com trabalhadores de um Hospital Universitário. Utilizamos, para obter a caracterização socioeconômica do trabalhador, o trabalho hospitalar e problemas relativos à saúde atual. O instrumento não foi validado. Compreende 28 questões, assim subdivididas: 8 questões dirigem-se ao levantamento de dados pessoais, como idade, raça (substituído por cor da pele), escolaridade, renda mensal, estado civil; a segunda parte trata sobre o trabalho no hospital, num total de 16 questões; a terceira parte é sobre a saúde atual, com 4 questões (PITTA, 1989). O instrumento é simples, autoexplicativo e autoaplicável, e contempla: caracterização socioeconômica da força de trabalho no hospital; características e percepção dos trabalhadores sobre aspectos dos processos de trabalho; perfil de morbidade para problemas gerais de saúde (Anexo A).

O segundo instrumento quantitativo utilizado para produção de dados, o SRQ-20, mensura os sintomas psicoemocionais. Derivou-se de instrumentos de pesquisa psiquiátrica já

existentes, tais como: *Patient Symptom Self Report* (PASSR), desenvolvido na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2* (Índia); o *General Health Questionnaire*; e a versão reduzida do *Present State Examination* (PSE).

O SRQ, em sua forma original, composto de 30 questões, entrou em desuso. O SRQ-20 foi desenvolvido por Harding, em 1980. Esse instrumento, validado no Brasil por Mari e Williams (1986), tem sido utilizado para rastreamento de transtornos não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração (PITTA, 1989). É um instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada resposta, e destinado à detecção de sintomas, isto é, sugere grau de suspeição de transtorno mental, não estabelecendo diagnóstico específico do agravo ou da doença existente. Desse modo, é um instrumento adequado para estudos de populações, compreendendo quatro dimensões: humor ansioso e depressivo, sintomas somáticos, decréscimo de energia e pensamentos depressivos. Cada um dos 20 itens que o compõem é pontuado com zero ou um. A pontuação um (sim) indica que o sintoma esteve presente durante o último mês; a pontuação zero (não), que o sintoma estava ausente nesse mesmo período. O escore máximo alcança o valor de 20 (Anexo B).

O SRQ-20 é um instrumento para rastreamento e não para diagnóstico. A determinação do ponto de corte para detecção de casos, com respectivas sensibilidade e especificidade, precisa ser feita por meio da comparação com o padrão ouro, isto é, entrevista psiquiátrica padronizada 2. No Brasil, o SRQ-20 foi comparado com entrevista psiquiátrica formal, utilizando-se o instrumento semiestruturado *Clinical Interview Schedule* (CIS) em meados da década de 1980.

Estudos realizados, na década de 1980, no Brasil, validaram o SRQ-20. Os resultados apontam a sensibilidade de 83% e especificidade de 80% para detecção de casos de transtornos mentais do tipo neurótico, utilizando como ponto de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens. A depender do contexto cultural, o SRQ-20 pode apresentar variação no ponto de corte 5/6 para mulheres e 10/11 para homens (MARI; WILLIAMS, 1986). A indicação da presença de Transtornos não psicóticos, usada numa resposta global (ambos os sexos) é de 7 ou mais respostas positivas.

Quadro 3 – Questões do SRQ-20.

Questões	Distúrbio
Humor ansioso e depressivo	Q4 - Assusta-se com facilidade? Q6 - Sente-se nervosa, tensa ou preocupada? Q9 - Tem se sentido triste ultimamente? Q10 - Tem chorado mais do que de costume?).
Sintomas somáticos	Q1 - Tem dores de cabeça frequentes? Q2 - Tem falta de apetite? Q3 - Dorme mal? Q5 - Tem tremores de mão? Q7 - Tem má digestão? Q19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?
Decréscimo de energia	Q8 - Tem dificuldade de pensar com clareza? Q11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? Q12 - Tem dificuldades para tomar decisões? Q13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? Q18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo? Q20 - Você se cansa com facilidade?.
Pensamentos depressivos	Q14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? Q15 - Tem perdido o interesse pelas coisas? Q16 - Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? Q17 - Tem tido ideias de acabar com a vida?

Fonte: Elaboração própria.

O instrumento AUDIT é o terceiro que integrou o quadro de instrumentos quantitativos de produção de dados. Trata-se de um instrumento de rastreamento do uso problemático de álcool, originalmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 1980, com base em um projeto que envolveu seis países (Austrália, Bulgária, Quênia, México, Noruega e Estados Unidos). O AUDIT foi utilizado nesta pesquisa, porque o consumo de álcool pode ser uma confrontação com a organização do trabalho, por parte dos trabalhadores, para aliviar as tensões e como defesa contra os perigos enfrentados e contra o que efetivamente causa sofrimento. Para Dejours (1992), o consumo de

álcool pode ser promovido ao *status* de defesa coletiva contra o sofrimento, e isso está indissociável da profissão. Assim, o Anexo C exhibe os aspectos da organização do trabalho que podem contribuir de forma significativa para o uso do álcool no trabalho.

Esse instrumento configura-se, na atualidade, como uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral. A OMS preconiza seu uso como instrumento de rastreamento em serviços de saúde (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). Ele auxilia na identificação de quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência. É composto por 10 questões e as respostas são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas do uso problemático da substância. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos) indica uso de baixo risco ou abstinência; zona II (de 8 a 15 pontos), indica uso de risco; zona III (de 16 a 19 pontos) sugere uso nocivo; e zona IV (acima de 20 pontos) mostra uma possível dependência (Anexo C). É de fácil e rápida aplicação, necessitando apenas de um treinamento simples para codificação dos dados. Foi validado em diversos países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso nocivo de álcool (MAGNABOSCO; FOMIGONI; RONZANI, 2007).

O *corpus* do estudo foi formado pelos dados obtidos das entrevistas semiestruturadas, que seguiram um roteiro previamente preparado (Apêndice A). A opção pela entrevista semiestruturada justifica-se pela possibilidade de apreender os determinantes do prazer e sofrimento no trabalho de Enfermagem entre as participantes, bem como analisar as estratégias individuais e coletivas adotadas por trabalhadoras de enfermagem frente às situações de sofrimento vivenciadas no trabalho e quais os aspectos de prazer e os sentidos destes no mundo do trabalho.

A entrevista permite um diálogo do pesquisador com a participante e busca melhor compreensão sobre o fenômeno investigado. A definição da quantidade de entrevistas seguiu o critério de saturação. De acordo com Minayo (2004), a suspensão das entrevistas ocorre, quando o pesquisador constata a existência de redundância ou repetição nas informações fornecidas. Assim, a opção pela saturação é a constatação do momento de interromper a captação de informações.

A entrevista semiestruturada está focada em um determinado assunto, sobre o qual é elaborado um roteiro com perguntas provocadoras, que podem ser complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias da entrevista. Possibilita ainda que as informações surjam de forma mais livre, com respostas não condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 2004). Para Trivinõs (1987), a entrevista semiestruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias e enriquecedoras à investigação.

Para Richardson (1999), a entrevista é uma técnica bastante utilizada na pesquisa em Ciências Sociais, por permitir o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre as pessoas. Com isso, a melhor situação para participar da mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter de proximidade entre as pessoas, possibilitando penetrar na mente, na vida e na definição dos indivíduos.

No caso deste estudo, utilizamos um roteiro de perguntas abertas, com questões provocadoras previamente elaboradas, para orientação e condução das questões durante a entrevista, que serão respondidas dentro de uma conversação informal (Apêndice A). A opção pela entrevista semiestruturada deu-se em razão da possibilidade de seguir um roteiro previamente definido, de modo a evitar a fuga dos pontos de interesse da pesquisa. Com isso, foi possível estabelecer com as participantes um relacionamento nem distante, nem neutro, em que a sinceridade, a confiança e a empatia foram importantes para a condução do estudo.

Durante todo o trabalho de campo, na produção de dados quantitativos, também pudemos lançar mão da observação direta, com o olhar da pesquisadora para as práticas vividas na vida que se desenrolava no Hospital e no cuidado em enfermagem, a interação entre os profissionais (enfermagem-enfermagem; enfermagem-outras categorias; enfermagem-pesquisadora; interação dos sujeitos da pesquisa com pacientes).

A pesquisa de campo, segundo Gil (2002, p. 53):

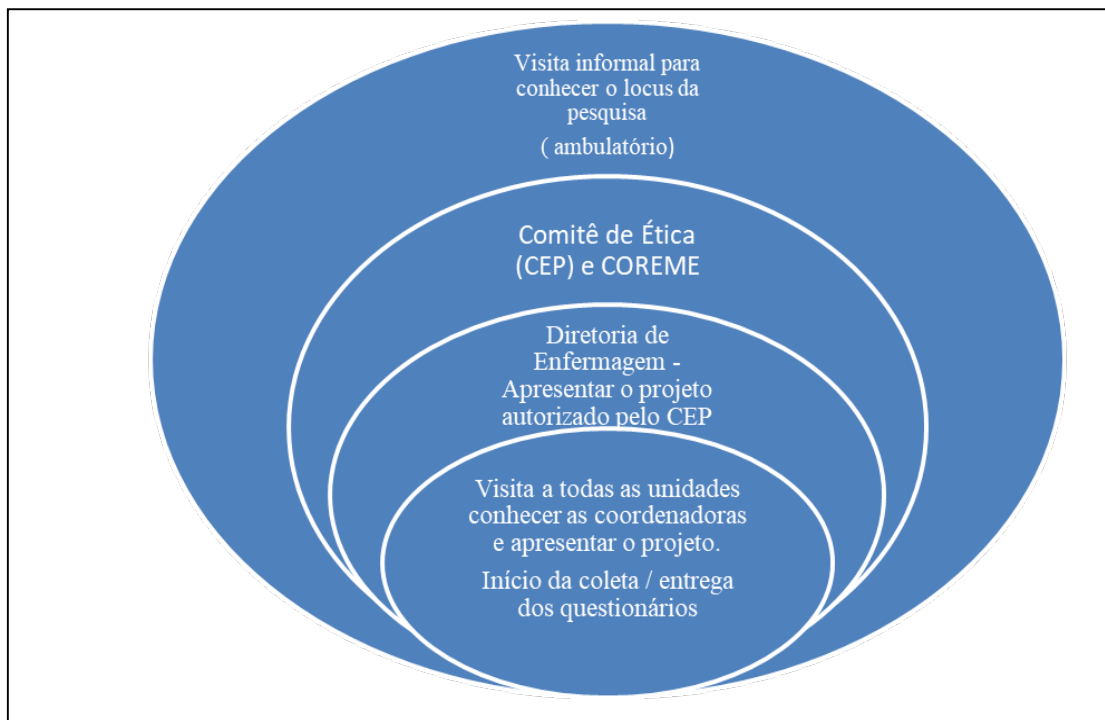
[...] focaliza o estudo de uma comunidade, sendo desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado, e de entrevistas de modo a captar as explicações e interpretações que ocorrem no grupo, podendo ser conjugada com outros procedimentos, como a análise de documentos.

Os registros da observação direta foram utilizados como instrumento na análise e discussão dos resultados, especialmente como técnica complementar às entrevistas. A descrição das cenas observadas mostra a percepção da pesquisadora em seu contato com

múltiplos espaços institucionais e diferentes eventos presenciados. Após a ida ao campo, o registro das experiências observadas ou escutadas no dia a dia, durante as conversas, as esperas, como forma de capturar os detalhes das observações, era feito de imediato.

O fluxograma da visita informal, para conhecer o local da pesquisa, apresentado na Figura 4, propiciou a aproximação com o campo de pesquisa e com a equipe de enfermagem. O primeiro contato com o campo de pesquisa foi no ambulatório, com a enfermeira coordenadora. Fui encaminhada por uma enfermeira da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Nesse momento, recebi orientação para procurar o setor de Recursos Humanos do Hospital. Este contato foi realizado e fui conduzida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital, com funcionamento no anexo, onde também se localizam o ambulatório e os setores administrativos do hospital. A conversa com o Coordenador desse Comitê resultou em orientações para submeter o Projeto de Pesquisa ao CEP do Hospital. Em 20 de setembro de 2017, com a Carta de Anuência (Anexo D) em mãos, realizei a submissão no CEP da Universidade Católica do Salvador (UCSal) – Plataforma Brasil.

Figura 4 – Aproximação com o lócus da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

Desse modo, após o encaminhamento da Carta de Anuência do CEP do Hospital para o Comitê de Residência Médica (Coreme), setor que gerencia estágios e pesquisas, fui

autorizada a conhecer o hospital e dar início à pesquisa. Foram entregues crachás para dois estudantes que auxiliariam na coleta de dados, porém apenas um estudante e a pesquisadora participaram dessa etapa.

A Diretoria de Enfermagem forneceu os dados sobre o número de funcionários – enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem e solicitamos ao SIAST o número de funcionários afastados por atestado médico e licença médica.

Passadas essas etapas mais burocráticas, visitamos todos os setores do hospital, para conhecer o espaço físico, estabelecer contatos e dialogar com as coordenadoras e enfermeiras de referência (substituem as coordenadoras) em todos os turnos de trabalho, inclusive nos finais de semana. Deste diálogo, fazia parte ainda a definição de uma rotina para a coleta de dados, com a escolha do melhor horário e a viabilidade de aplicação no final de semana e no turno noturno. Estabelecidas todas as estratégias, iniciamos a coleta no dia 20 de fevereiro desse ano de 2018. A coleta de dados da pesquisa quantitativa foi realizada no período de fevereiro a maio de 2018 no lócus de estudo. A coleta foi iniciada no Ambulatório, em função do acesso, já que é o primeiro prédio que encontramos até chegar ao hospital. Começamos a apresentação da pesquisadora e a sensibilização sobre a importância da pesquisa, a explicação dos objetivos, dos procedimentos a serem realizados, benefícios e riscos da participação no estudo com grupos pequenos ou individualmente. Foram também feitos esclarecimentos de dúvidas. Reservamos um tempo, para que pudessem refletir sobre a participação no estudo, com apreciação prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice B).

Após o aceite para participar da pesquisa, entregávamos o questionário e explicávamos a necessidade de assinarem o TCLE, com garantia de sigilo e privacidade. As participantes foram cientificadas ainda de que os dados fornecidos seriam utilizados para a produção de informações estatísticas para a pesquisa e também na produção de artigos que poderiam ser publicados em revistas nacionais e internacionais.

A aplicação do instrumento não ocorria no mesmo momento da entrega do Questionário, em razão da especificidade do trabalho, principalmente nas áreas de assistência direta. Os turnos escolhidos para a aplicação foram sempre o vespertino e o noturno. Observamos que, no final de semana, a realização da coleta foi pouco exitosa, pois a trabalhadora não podia parar para ouvir a explicação da pesquisa, com a justificativa de que o número de funcionárias estava reduzido.

Em todos os setores as coordenadoras e enfermeiras de referência mostraram-se colaborativas, para falar com os funcionários e colocar nos grupos de WhatsApp. Participei

das reuniões dos setores, informando sobre a pesquisa, e distribuindo os questionários, além de guardar os questionários respondidos. Na Hemodinâmica e no CIAVE, não conseguimos contato com nenhuma trabalhadora de enfermagem. Nesses setores, não aplicamos nenhum questionário.

A coleta de dados da pesquisa qualitativa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. A técnica foi utilizada com as seguintes questões provocadoras: Fale-me sobre o seu trabalho. Em quais situações o seu trabalho lhe traz prazer.? Em que situações o seu trabalho lhe traz sofrimento? Conte-me sobre seus sentimentos em relação ao trabalho.

Em outubro, 23 trabalhadoras, do total de 47, foram contactadas individualmente e informadas sobre o resultado parcial da pesquisa quantitativa e sobre os riscos para TMC que emergiram do SRQ-20. Consideramos como ponto de corte sete respostas positivas. Iniciamos o agendamento no horário e local mais adequados àquelas que aceitaram participar da pesquisa. Em todos os casos, foi escolhida sala reservada do próprio local de trabalho. Após a autorização e assinatura do TCLE, preenchíamos um formulário, no qual constava nome (código), idade, estado civil, cor da pele escolaridade, profissão, ocupação, faixa salarial, carga horária semanal, tempo de serviço na instituição. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas imediatamente.

As entrevistas tiveram duração entre 15 e 25 minutos. A coleta de dados transcorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2018. As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica de realização, da seguinte forma: letra E, indicativa de enfermeira, seguida do número de ordem da entrevista. Assim, E1 para a primeira entrevista, E2 [...] e E12. No caso das Técnicas de Enfermagem, a Letra T seguida do número de ordem da entrevista: T1 para a primeira entrevista, T2 [...] T11, sem a identificação individual das participantes. Com este cuidado, mantivemos o necessário anonimato das participantes envolvidas no estudo, conforme preconizado pela Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS QUANTITATIVAS

A variável de desfecho Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi avaliada pelo SRQ-20. As variáveis de exposição foram divididas em:

- a) sociodemográficas – sexo (0- masculino; 1- feminino); idade (0- < 39 anos; e 1- ≥ 39 anos); cor da pele (0- branca; e 1- preta e parda); situação conjugal (0- com companheiro; e 1- sem companheiro); escolaridade (0- superior ou mais; 1- médio); estuda atualmente (0- não; e 1- sim); renda mensal em salários mínimos (SM) – fixado em R\$ 954,00 reais em 2018 – (0- > 5 SM; 1- ≤ 5 SM); tem filhos (0- não; 1- sim);
- b) variáveis relacionadas à ocupação: ocupação (0- enfermeira 1- técnica de enfermagem); tempo de trabalho no hospital (0- ≤ 10; e 1- >10); tempo na ocupação (0- ≤ 10; e 1- >10); vínculo empregatício (0- concursado; e 1- terceirizado); jornada de trabalho semanal (0- ≤ 30 horas; e 1- > 30 horas); horário de trabalho (0- diurno; 1- noturno); pausa no horário de trabalho (0- sim; 1- não); as pausas são previstas pela chefia (0- sim; 1- não); tempo para realizar as tarefas era suficiente (0- sim; 1- não); tarefas variavam (0- não; 1- sim); sente disposição para se divertir após o trabalho (0- sim; 1- não); sente disposição para continuar trabalhando ou estudando (0- sim; 1- não); considera o seu trabalho perigoso (0- não; 1- sim); considera adequada a divisão de tarefas (0- sim; 1- não);
- c) saúde atual: tem algum problema de saúde (0- não; 1- sim) – qual o problema de saúde?; ficou afastado do trabalho em função do adoecimento (0- não; 1- sim); faz uso de medicação em função do problema de saúde (0- não; 1- sim); realiza tratamento fisioterápico (0- não; 1- sim);
- d) uso abusivo de bebidas alcoólicas (0- não; 1- sim).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, os instrumentos foram conferidos, digitados no Excel e exportados para o *software* estatístico STATA (versão 12.0), para tratamento e geração dos resultados. O tratamento dos dados consistiu na limpeza das informações digitadas incorretamente. Análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto e variáveis que mais se associaram com o risco para TMC. Após caracterização da população estudada, foi estimada a prevalência de TMC. A análise bivariada foi realizada por meio da diferença entre as prevalências. O teste utilizado foi o Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

A magnitude da associação entre as variáveis estudadas e a presença de TMC foi estimada pelo cálculo da razão de chances *Odds Ratio* (OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão. Para a investigação de fatores de risco para o adoecimento relacionado às atividades laborais, aos fatores organizacionais, biológicos e ambientais que interferiam na questão do prazer e do sofrimento no trabalho, foi necessário o emprego de uma análise multivariada em função das várias dimensões envolvidas. Considerou-se que uma ou mais variáveis mediadoras ou intervenientes de confusão poderiam explicar o efeito detectado parcial ou totalmente com níveis hierárquicos diferenciados em relação ao desfecho.

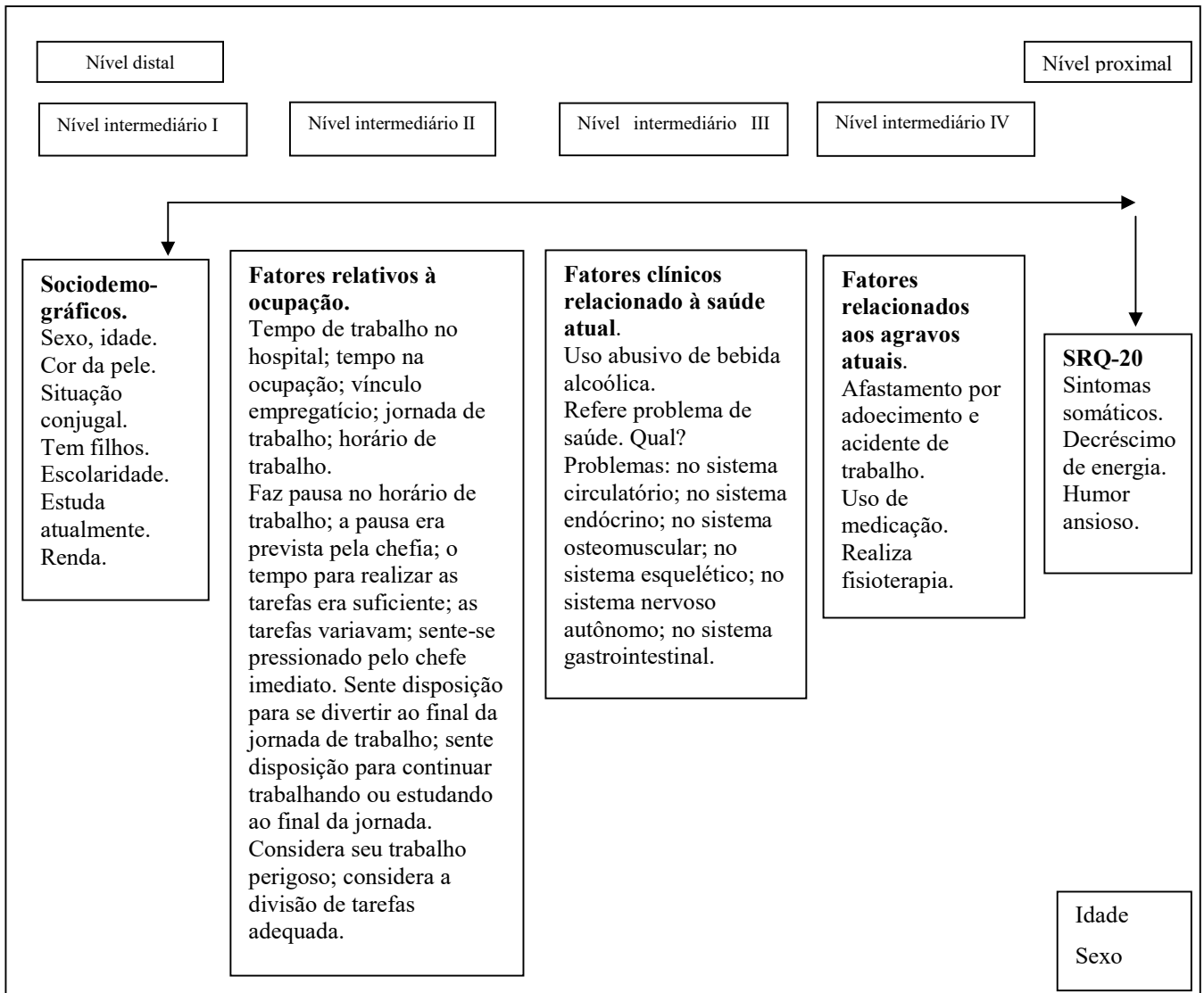
Essa metodologia vem sendo empregada em estudos epidemiológicos com grande número de covariáveis. Métodos hierárquicos devem ser utilizados em estudos de múltipla exposição, por contemplar a correlação entre aspectos biológicos e estatísticos, permitindo a investigação de fatores de risco (FUCHS; VICTORIA; FACHEL, 1996). A técnica de níveis hierárquicos permite a inclusão das variáveis em diferentes níveis, com hierarquização da cadeia de causalidade que conduz ao desfecho, estabelecendo interrelações entre eles, além de conseguir estimativas de efeito mais acuradas do que as técnicas convencionais.

A estratégia utilizada para a entrada dos blocos de variáveis foi do tipo *forward* (processo anterógrado), iniciando com as variáveis dos níveis mais distais e introduzindo-se, ao mesmo tempo, apenas variáveis de mesmo nível. Os fatores antecedentes (distais) influenciam os fatores que agem de maneira mais direta sobre o desfecho (fatores proximais); a mesma variável pode atuar como fator de confusão para fatores proximais e como mediadora para as variáveis distais.

Assim, nesse modelo chamado hierarquizado, para a regressão logística hierarquizada, foram construídos quatro blocos. No modelo criado, as características sociodemográficas estão no nível intermediário I; no intermediário II, os fatores relativos à ocupação; no intermediário III, fatores relacionados às características clínicas e saúde atual; e no intermediário IV, os fatores relacionados com agravos atuais; o SRQ-20 está relacionado à variável de desfecho.

Para fins de ajustes, as variáveis sexo e idade foram mantidas até o final (Figura 5). No primeiro momento, realizamos a análise univariada das variáveis contidas em cada bloco. Foram testadas, no modelo, as variáveis de cada bloco que, na análise univariada, apresentaram nível descritivo $p \leq 0,10$. Ao final, chegamos a um modelo de regressão com apenas as variáveis de maior significância estatística.

Figura 5 – Marco teórico para investigação de fatores de risco para Transtornos Mentais Comuns, estruturado em blocos hierarquizados.



Fonte: Elaboração própria.

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,10$ foram mantidas no modelo final de regressão com apenas as variáveis cujo valor de p fosse inferior a 0,05. Assim, foram estimados os valores das *Odds Ratio* (OR) e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e $p \leq 0,10$. O IC indica o nível de incerteza em relação às medidas de efeito (precisão de estimativa de efeito) que, neste caso, é expressa como razão de chances. Para a composição do modelo final, foram estimados os respectivos intervalos de confiança de 95% e $p \leq 0,05$.

A análise dos dados qualitativos iniciou imediatamente após a conferência das entrevistas. Esse procedimento decorreu da necessidade de a coleta e a análise das informações ocorrerem de maneira concomitante.

Neste estudo, optamos pela análise de conteúdo temática. Segundo Minayo (2004), essa técnica adéqua-se à investigação qualitativa, pois a descoberta dos núcleos de sentido, com base na presença ou na repetição, expressa algo para o conteúdo analítico. Para Bardin (2011), é utilizada quando se pretende estudar ideias, opiniões, vivências, valores e atitudes. O critério adotado foi o semântico de categorias temáticas. A análise temática baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, isto é, descobrem-se os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realiza-se o seu reagrupamento em classes ou categorias. Para Bardin (2011, p. 135): “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.” Dessa forma, as etapas seguidas na utilização da técnica análise temática são as preconizadas por Bardin (2011) e Minayo (2004).

Percorremos os seguintes passos da modalidade temática. Na fase de pré-análise, que equivale à fase de organização do material, realizamos a leitura flutuante das entrevistas, das falas das trabalhadoras sobre prazer e sofrimento no trabalho, o que permitiu uma imersão no seu conteúdo. Desse modo, o contato inicial com o material analisado permitiu-nos obter as primeiras impressões e interpretações e verificar se guardavam relação com o objeto da pesquisa. Realizamos a leitura flutuante, caracterizada pela leitura exaustiva do conjunto de textos analisados, para alcançar as primeiras impressões e interpretações. Assim, nessa fase, o *corpus* foi constituído pelo conjunto de documentos analisados, obedecendo aos critérios preconizados por Bardin (2011), de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência em relação ao objeto de estudo e às questões levantadas no instrumento de coleta de dados.

Na segunda etapa de exploração do material, os esforços dirigiram-se ao alcance do núcleo de compreensão do texto e das categorias expressivas dos temas, mediante a codificação e categorização (BARDIN, 2011; MINAYO, 2004). A terceira fase da análise de conteúdo temática compreendeu o tratamento e a interpretação dos resultados. Para Minayo (2004), os resultados obtidos devem ser correlacionados com a teoria que fundamenta o estudo, favorecendo novas interpretações.

A Teoria Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours, foi utilizada como base teórica para o entendimento das categorias explicativas sobre o prazer e/ou sofrimento no trabalho de enfermagem que emergiram nas falas das enfermeiras e das técnicas de enfermagem.

O reconhecimento das categorias de análise foram temas que apresentaram relações com o referencial teórico estudado e permitiram as definições das seguintes categorias empíricas de análise deste estudo: Categoria 1 – Cuidando do outro e cuidando de si;

Categoria 2 – Organização e processo de trabalho de enfermagem no contexto do hospital; Categoria 3 – Relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho; e Categoria 4 – Estratégias defensivas das trabalhadoras de enfermagem no hospital.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa estão em conformidade com as orientações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pós-Graduação da UCSal, Parecer n. 2393675, de 22/11/2017. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Geral, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e aprovado.

As trabalhadoras de enfermagem que participaram da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa. No desenvolvimento do estudo, foram-lhes assegurados os princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade, participação livre, esclarecida e voluntária, podendo desistir da participação em qualquer momento que considerasse necessário, sem que isso implicasse em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. O anonimato foi preservado, se assim o desejasse, bem como a confidencialidade, resguardando-se as informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada, inclusive do uso de sua voz.

Toda pesquisa possibilita risco, porém foram respeitadas a dignidade e a autonomia dos participantes, reconhecendo-se sua vulnerabilidade. Foi-lhes assegurada a vontade de contribuir, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa livre e esclarecida.

O TCLE (Apêndice B) foi assinado em duas vias: uma foi devolvida à participante, e a outra ficou arquivada com os instrumentos de coleta de dados.

Os dados estão armazenados no Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Cidadania (NESC), onde ficarão por um período de cinco anos, com a finalidade de serem usados na divulgação em eventos científicos e revistas de publicação nacional e internacional.

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados dos dados quantitativos, relativos ao perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico, obtidos por meio de três instrumentos: THS, SRQ-20 e AUDIT. A análise foi desenvolvida por meio do STATA. Quanto aos resultados qualitativos, cujos dados foram obtidos nas entrevistas, após o tratamento e a realização da análise categorial temática, as quatro categorias que emergiram serão apresentadas no final desta seção.

4.1 RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA

Foram estudados 372 trabalhadores de um hospital geral de grande porte em Salvador, Bahia, Brasil, no ano de 2018. Os profissionais eram predominantemente vinculados às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (38,4%), seguidos por aqueles ligados às Unidades de Internação (31,4%), ao Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (16,9%) e ao Serviço de Emergência e Urgência (4,3%) e ainda ao Serviço administrativo (8,8%). Estes dados foram tabulados, mas não estão informados em tabelas.

Na Tabela 4 estão descritas as características sociodemográficas de trabalhadores de Enfermagem de um hospital de grande porte e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. De modo geral, a população do estudo foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (96,0%) com idade inferior a 39 anos (49,1%), cor da pele preta ou parda (88,4%), vivendo com companheiro (52,1%), e com filhos (60,2%). Quanto à escolaridade, predominou nível superior ou mais (58,3%), 65,9% não estudavam na época da coleta de dados e 71,2% tinham renda inferior a cinco salários mínimos. Observou-se também que não houve diferenças de proporções estatisticamente significantes entre essas variáveis e os riscos para Transtornos Mentais Comuns (Tabela 4).

Tabela 4 – Características sociodemográficas de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2019 (n=372).

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p ¹
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	15 (4,0)	5	3,2	10	4,6	0,478
Feminino	357 (96,0)	152	96,8	205	95,4	
Idade (anos) (2)						
< 39	183 (49,1)	81	52,6	102	49,0	0,503
≥ 39	179 (48,1)	73	47,4	106	51,0	
Cor da pele						
Branca	43 (11,6)	22	14,0	21	9,8	0,206
Preta e parda	329 (88,4)	135	86,0	194	90,2	
Situação conjugal						
Com companheiro	194 (52,1)	80	51,0	114	53,0	0,693
Sem companheiro	178 (47,8)	77	49,0	101	47,0	
Escolaridade						
Superior ou +	217 (58,3)	100	63,7	117	54,4	0,073
Médio	155 (41,6)	57	36,3	98	45,6	
Estuda atualmente						
Não	245 (65,9)	107	68,2	138	64,2	0,426
Sim	127 (34,1)	50	31,8	77	35,8	
Renda						
≤ 5 SM	265 (71,2)	112	71,3	153	71,1	0,971
≥ 5 SM	107 (28,8)	45	28,6	62	28,8	
Tem filhos						
Não	148 (39,7)	67	42,7	81	37,7	0,330
Sim	224 (60,2)	90	57,3	134	62,3	

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(1) valor de p < 0,05 estimado pelo x² de Pearson.

Não responderam:

(2) 2,6% (10).

Na Tabela 5a são apresentadas as características ocupacionais dos trabalhadores de Enfermagem e riscos para TMC. Em relação à ocupação 36,3% eram enfermeiras e 63,7% técnicas de enfermagem. Com relação ao tempo de trabalho, 50,2% das trabalhadoras tinham predominantemente tempo maior ou igual a 11 anos de serviço no hospital, 60,7% acumulavam tempo na ocupação igual ou maior que 11 anos, 55,1% eram trabalhadoras concursadas, 53,0% com jornada de trabalho menor ou igual a 30 horas e 55,6% trabalhavam em horário diurno – manhã ou tarde, ou manhã e tarde (MT). Em relação ao ritmo e ao desempenho das atividades, 57,2% dos trabalhadores referiram que o tempo para realizá-las era insuficiente; em relação à repetitividade das atividades, 70,6% referiram que as tarefas não

variavam, e 51,0% não faziam pausa no horário de trabalho; para 42,4%, as pausas não eram previstas pela chefia. A prevalência para riscos em TMC para as enfermeiras foi de 37,6% e, para as técnicas de enfermagem, 62,4%. A prevalência geral para transtornos mentais comuns foi de 42,2% (dados tabulados, mas não informados em tabelas). Observou-se que se associaram positivamente com riscos para TMC: ter o vínculo concursado ($p=0,004$), não fazer pausa no horário de trabalho ($p=0,004$), o tempo para realizar as tarefas não era suficiente ($p=0,014$).

Tabela 5a – Características relacionadas à ocupação de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2019 (n=372).

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p (1)
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Ocupação						
Enfermeiras	135 (36,3)	59	37,6	76	35,4	
Técnicas de Enfermagem	237 (63,7)	98	62,4	139	64,6	0,659
Tempo de trabalho no hospital (2)						
≤ 10 anos	166 (44,6)	62	41,3	104	51,2	
≥ 11 anos	187 (50,2)	88	58,6	99	48,7	0,065
Tempo na ocupação (3)						
≤ 10 anos	116 (31,1)	45	30,6	71	36,4	
≥ 11 anos	226 (60,7)	102	69,3	124	63,5	0,262
Vínculo empregatício						
Concursado	205 (55,1)	100	63,6	105	48,8	
Terceirizado	167 (44,8)	57	36,3	110	51,0	0,004
Jornada de trabalho semanal (4)						
≤ 30 horas	197 (53,0)	22	11,0	175	88,9	
≥ 30 horas	149 (40,0)	133	89,0	10	6,7	0,157
Horário de trabalho (5)						
Diurno	207 (55,6)	78	52,7	124	59,9	
Noturno	148 (39,7)	70	47,3	83	40,1	0,177
Fazia pausa no horário de trabalho (6)						
Não	190 (51,0)	93	60,7	97	45,5	
Sim	176 (47,3)	60	39,2	116	54,4	0,004
A pausa era prevista pela chefia (7)						
Não	158 (42,4)	73	55,7	85	46,7	
Sim	155 (41,6)	58	44,2	97	53,3	0,115
O tempo para realizar as tarefas era suficiente (8)						
Não	213 (57,2)	100	66,6	113	53,8	
Sim	147 (39,5)	50	33,3	97	46,1	0,014
As tarefas variavam (9)						
Não	263 (70,6)	106	69,2	157	75,1	
Sim	99 (26,6)	47	30,7	52	24,8	0,218

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(1) valor de $p < 0,05$ estimado pelo χ^2 de Pearson.

Não responderam:

(2) 5,1% (19).

(3) 8,0% (30).

(4) 6,9% (26).

(5) 4,5% (17).

(6) 1,6% (6).

(7) 15,8% (59).

(8) 3,2% (12).

(9) 2,6% (10).

Na Tabela 5b, 74,4% referiram que a chefia não pressionava, 61,8% não tinham disposição para se divertir no final da jornada de trabalho, 68,8% não sentiam disposição para continuar trabalhando ou estudando no final da jornada, 64,5% consideravam seu trabalho perigoso, 51,0% considerava a divisão de tarefas adequada. Observou-se que foi estatisticamente significativa e se associaram positivamente com riscos para TMC: não se sentir pressionado pelo chefe imediato ($p < 0,001$), não sentir disposição para se divertir no final da jornada de trabalho ($p < 0,001$), não sentir disposição para continuar trabalhando ou estudando no final da jornada ($p < 0,001$), considerar seu trabalho perigoso ($p = 0,007$) e, finalmente, considerar a divisão de tarefas adequada ($p < 0,001$).

Tabela 5b- Características relacionadas à ocupação de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil -2018 (n=372).

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p (1)
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sente-se pressionado pelo chefe imediato (2)						
Não	277 (74,4)	101	66,4	176	84,2	
Sim	84 (22,5)	51	33,5	33	15,8	<0,001
Sente disposição para se divertir ao final da jornada de trabalho (3)						
Não	230 (61,8)	125	80,6	105	49,5	
Sim	137 (36,8)	30	19,3	107	50,4	<0,001
Sente disposição para continuar trabalhando ou estudando ao final da jornada (4)						
Não	256 (68,8)	128	84,7	128	59,8	
Sim	109 (29,3)	23	15,2	86	40,1	<0,001
Considera seu trabalho perigoso (5)						
Não	124 (33,3)	40	26,1	84	39,8	
Sim	240 (64,5)	113	73,8	127	60,1	<0,007

Considera a divisão de tarefas adequada (6)

Não	170 (45,6)	88	58,2	82	39,3	
Sim	190 (51,0)	63	41,7	127	60,7	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(1) valor de $p < 0,05$ estimado pelo χ^2 de Pearson;

Não responderam:

(2) 2,9% (11).

(3) 1,3% (5).

(4) 1,8% (7).

(5) 2,1% (8).

(6) 3,2% (12).

As características clínicas relacionadas à saúde atual de trabalhadores de Enfermagem e o risco para Transtornos Mentais Comuns encontram-se descritas na Tabela 6. Observou-se que 92,7% não usavam bebidas alcoólicas, 48,3% referiram problemas de saúde, 15,0% relataram problemas no sistema circulatório, 5,6%, no sistema endócrino, 8,6%, no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, 16,1%, problemas no sistema esquelético, 2,1%, no sistema nervoso autônomo e 3,0%, problemas gastrointestinais. De modo geral, as variáveis que se mostraram estatisticamente significantes relacionavam-se a problemas de saúde ($p < 0,001$), a problemas de saúde no sistema osteomuscular e tecido conjuntivo ($p = 0,011$), e a problemas de saúde no sistema esquelético ($p < 0,001$).

Tabela 6 – Características clínicas relacionadas à saúde atual de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, e os riscos para Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p (1)
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
(continua)						
Uso abusivo de bebidas alcoólicas						
Não	345 (92,7)	142	90,5	203	94,4	
Sim	27 (7,3)	15	9,5	12	5,5	0,145
Refere problemas de saúde (2)						
Não	186 (50,0)	60	39,7	126	58,6	
Sim	180 (48,3)	91	60,3	89	41,4	<0,001
Refere problemas de saúde no sistema circulatório (varizes, hipertensão arterial) (3)						
Não	310 (83,3)	129	85,4	181	84,1	
Sim	56 (15,0)	22	14,5	34	15,8	0,745
Refere problemas de saúde no sistema endócrino (hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes Mellitus) (4)						
Não	345 (92,7)	139	92,0	206	95,8	
Sim	21 (5,6)	12	8,0	9	4,2	0,128
Refere problemas de saúde no sistema						

**osteomuscular e no tecido conjuntivo
(tendinites, bursites, síndrome do túnel
do carpo, fibromialgia) (5)**

Não	334 (89,7)	131	86,7	203	94,4	
Sim	32 (8,6)	20	13,3	12	5,6	0,011

Tabela 6 – Características clínicas relacionadas à saúde atual de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

(conclusão)

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p (1)
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Refere problemas de saúde no sistema esquelético (dor em joelhos e hérnia discal) (6)						
Não	306 (82,2)	112	74,2	194	90,2	
Sim	60 (16,1)	39	25,8	21	9,8	<0,001
Refere problemas de saúde do sistema nervoso autônomo (enxaqueca) (7)						
Não	358 (96,2)	146	96,7	212	98,6	
Sim	8 (2,1)	5	3,3	3	1,4	0,217
Refere problemas de saúde no sistema gastrointestinal (gastrite) (8)						
Não	355 (95,4)	146	96,6	209	97,2	0,774
Sim	11 (3,0)	5	3,31	6	2,79	

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(1) valor de $p < 0,05$ estimado pelo χ^2 de Pearson;

Não responderam:

(2) 1,6% (6).

(3) 1,6% (6).

(4) 1,6% (6).

(5) 1,6% (6).

(5) 1,6% (6).

(6) 1,6% (6).

(7) 1,6% (6).

Na Tabela 7, são apresentadas as características clínicas relacionadas aos agravos atuais e aos riscos para os TMC das trabalhadoras de Enfermagem e ocorrências de afastamento por adoecimento e/ou acidente de trabalho (33,0%), se usavam medicação por causa dos problemas de saúde (33,6%) e realizavam tratamento fisioterapêutico em razão do problema de saúde (29,0%). O uso de medicação e realizar tratamento fisioterapêutico

atualmente apresentaram associação estatisticamente significante em relação aos riscos para TMC ($p < 0,001$).

Tabela 7 – Características clínicas relacionadas aos agravos atuais de trabalhadoras de Enfermagem de um hospital geral de grande porte e os riscos para os Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

Variáveis	Total n (%)	Transtornos Mentais Comuns				Valor de p ⁽¹⁾
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Refere afastamento por adoecimento ou acidente de trabalho no momento atual (2)						
Não	208 (55,9)	76	54,3	132	69,1	
Sim	123 (33,0)	64	45,7	59	30,9	0,006
Uso de medicação atualmente (3)						
Não	201 (54,0)	70	51,5	131	69,0	
Sim	125 (33,6)	66	48,5	59	31,0	0,001
Realiza tratamento fisioterapêutico (4)						
Não	253 (68,0)	90	60,8	163	76,5	
Sim	108 (29,0)	58	39,2	50	23,5	0,001

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

(1) valor de $p < 0,05$ estimado pelo χ^2 de Pearson.

Não responderam:

(2) 11,0% (41).

(3) 12,3% (46).

(4) 2,9% (11).

Análise hierarquizada permitiu identificar fatores que levavam ao risco para os TMC entre as trabalhadoras de enfermagem, após estruturarmos um modelo teórico em blocos hierarquizados, para discriminar as relações entre as variáveis e destas com os fatores de risco para TMC. Quanto aos achados da análise multivariada para TMC entre os trabalhadores de enfermagem, segundo as variáveis sociodemográficas, observou-se que nenhuma variável do bloco distal intermediário I foi estatisticamente significante.

A associação entre os TMC e as características sociodemográficas encontram-se dispostas na Tabela 8. Considerando-se o valor de $p \leq 0,10$ para entrar no modelo de regressão logística multivariada, observou-se que nenhuma das variáveis deste bloco mostrou-se associada

com o desfecho investigado. Para fins de ajustes, as variáveis sexo e idade permaneceram nos modelos seguintes e no modelo final.

Tabela 8 – Associação entre os riscos para os Transtornos Mentais Comuns e características sociodemográficas de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil, 2018 (n=372).

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
<i>Bloco Intermediário I: Características Sociodemográficas</i>		
Sexo		
Masculino	1,00	1,00
Feminino	1,48 (0,49 – 4,27)	1,42 (0,47 – 4,31)
Idade		
< 39	1,00	1,00
≥ 39	0,86 (0,57– 1,31)	0,93 (0,59 – 1,48)
Cor da pele		
Branco	1,00	1,00
Preta e parda	0,66 (0,35 – 1,25)	0,75 (0,38 – 1,46)
Situação conjugal		
Com companheiro	1,00	1,00
Sem companheiro	1,08 (0,71 – 1,64)	0,95 (0,61 – 1,49)
Escolaridade		
Média	1,00	1,00
Superior ou maior	0,72 (0,46 – 1,10)	0,75 (0,46 – 1,23)
Estuda atualmente		
Sim	1,00	1,00
Não	0,83 (0,54 – 1,29)	0,78 (0,49 – 1,23)
Renda (em Salários Mínimos)		
≤ 5	1,00	1,00
> 5	1,00 (0,64 – 1,58)	0,46 (0,18 – 1,18)
Tem filhos		
≥ 5	1,00	1,00
< 5	0,81 (0,53 – 1,24)	1,01 (0,41 – 2,47)

Fonte: Elaboração própria.

(1) Variáveis com valor de $p \leq 0,10$ integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustado pelas variáveis do bloco.

Encontram-se apresentados na Tabela 9 os valores da associação entre TMC e características clínicas e agravos de trabalhadores de Enfermagem. Observou-se que a

variável “referir problemas de saúde” mostrou-se como fator de risco, de modo que aquelas com tais sintomas apresentaram 2,23 vezes mais chance de ocorrência de TMC quando comparadas com as que não referiram tais problemas (OR=2,23; IC95%: 1,09 – 4,58). A variável “apresentar doenças do sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo”, de modo semelhante, tem 1,89 vezes mais chance de sofrer com TMC (OR=1,89; IC95%: 1,01 – 3,53).

Tabela 9 – Associação entre riscos para os Transtornos Mentais Comuns e características clínicas relacionadas com saúde atual e agravos de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

(continua)

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
<i>Intermediário II. Características clínicas e relacionadas com a saúde atual</i>		
Uso abusivo de bebidas alcoólicas		
Não	1,00	1,00
Sim	1,78 (0,81 – 3,92)	1,72 (0,73 – 4,03)
Refere problemas de saúde		
Não	1,00	1,00
Sim	2,14 (1,40– 3,28)	1,89 (1,01 – 3,53)
Refere problemas de saúde no sistema circulatório (varizes, hipertensão arterial)		
Não	1,00	1,00
Sim	0,91 (0,50 – 1,62)	0,71 (0,35 – 1,46)
Refere problemas de saúde no sistema endócrino (hipotireoidismo, hipertireoidismo, Diabetes Mellitus)		
Não	1,00	1,00
Sim	1,97 (0,81 – 4,81)	1,85 (0,70 – 4,88)
Refere problemas de saúde no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo (tendinites, bursites, síndrome do túnel do carpo)		
Não	1,00	1,00
Sim	2,58 (1,22 – 5,46)	2,23 (1,09 – 4,58)
Refere problemas de saúde no sistema esquelético (dor em joelhos e hérnia discal)		
Não	1,00	1,00
Sim	3,21 (1,80 – 5,74)	2,20 (0,81 – 4,88)
Refere problemas de saúde do sistema nervoso autônomo (enxaqueca)		
Não	1,00	1,00
Sim	2,42 (0,56 – 10,28)	2,07 (0,35 – 12,16)
Refere problemas de saúde no sistema gastrointestinal (gastrite)		
Não	1,00	1,00
Sim	1,19 (0,35 – 3,98)	0,60 (0,16 – 2,27)

Realiza tratamento fisioterapêutico

Não	1,00	1,00
Sim	2,10 (1,32 – 3,31)	1,34 (0,74 – 2,44)

Tabela 9 – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características clínicas relacionadas com saúde atual e agravos de trabalhadoras de Enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

(conclusão)

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
<i>Intermediário III. Características clínicas e relacionadas com agravos atuais</i>		
Refere ter feito procedimento cirúrgico recente		
Não	1,00	1,00
Sim	0,86 (0,44 – 1,67)	0,61 (0,29 – 1,29)
Refere afastamento por adoecimento ou acidente de trabalho no momento atual		
Não	1,00	1,00
Sim	1,88 (1,19 – 2,96)	1,63 (0,91 – 2,93)
Uso de medicação atualmente		
Não	1	1
Sim	2,09 (1,32 – 3,30)	1,64 (0,86 – 1,38)

Fonte: Elaboração própria.

(1) Variáveis com valor de $p \leq 0,10$ integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustado pelas variáveis do bloco.

A associação entre TMC e as características relativas à ocupação de trabalhadoras de Enfermagem de um hospital geral de grande porte encontram-se descritas na Tabela 10a.

Tabela 10a – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características relativas à ocupação de trabalhadoras de enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

(continua)

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
<i>Intermediário VI. Características Relativas à ocupação</i>		
Tempo de trabalho no hospital (anos)		
≤ 10	1,00	1,00
> 10	1,49 (0,97 – 2,28)	1,77 (0,65 – 4,85)
Tempo de trabalho na ocupação		

Não	1,00	1,00
Sim	1,29 (0,82 – 2,04)	0,51 (0,19 – 1,33)
Vínculo empregatício		
Terceirizado	1,00	1,00
Concursado	0,54 (0,35 – 0,82)	0,50 (0,19 – 1,31)

Tabela 10a – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características relativas à ocupação de trabalhadoras de enfermagem de um Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
(conclusão)		
Jornada de trabalho semanal		
≤ 30	1,00	1,00
> 30	0,57 (0,26 – 1,24)	0,32 (0,09 – 1,10)
Horário de trabalho		
Diurno	1,00	1,00
Noturno	1,34 (0,87 – 2,05)	1,25 (0,60 – 2,60)
Faz hora extra		
Não	1,00	1,00
Sim	1,22 (0,69 – 2,13)	1,47 (0,60 – 3,60)
Faz pausa no horário de trabalho		
Não	1,00	1,00
Sim	0,53 (0,35 – 0,82)	0,54 (0,22 – 1,27)
A pausa era prevista pela chefia		
Não	1,00	1,00
Sim	0,69 (0,44 – 1,09)	2,45 (1,01 – 5,98)
A duração da pausa era suficiente		
Não	1,00	1,00
Sim	0,49 (0,30 – 0,80)	0,66 (0,25 – 1,77)
O tempo para realizar as tarefas era suficiente		
Não	1,00	1,00
Sim	0,58 (0,37 – 0,89)	1,21 (0,50 – 2,89)
As tarefas variavam		
Não	1,00	1,00
Sim	0,74 (0,46 – 1,18)	0,90 (0,38 – 2,14)
O seu chefe imediato trabalha junto no mesmo local		
Não	1,00	1,00
Sim	0,93 (0,60 – 1,45)	0,64 (0,30 – 1,36)
Sente-se pressionado pelo chefe imediato		
Não	1,00	1,00
Sim	2,69 (1,63 – 4,45)	1,64 (0,68 – 3,92)
Sente necessidade de descansar ao final da jornada de trabalho		
Não	1,00	1,00
Sim	1,02 (0,49 – 2,09)	0,77 (0,17 – 3,39)

Fonte: Elaboração própria.

(1) Variáveis com valor de $p \leq 0,10$ integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustado pelas variáveis do bloco, sexo e idade.

Foi possível detectar que não ter pausas previstas pela chefia durante o expediente de trabalho mostrou-se como fator de risco (OR=2,45; IC95%: 1,01 – 5,98). Os demais fatores do bloco não mostraram associação estatisticamente significativa com a ocorrência de TMC (Tabela 10b).

Tabela 10b – Associação entre Transtornos Mentais Comuns e características relativas à ocupação de trabalhadoras de enfermagem de um hospital de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
<i>Intermediário VI. Características relativas à ocupação</i>		
Sente disposição para continuar trabalhando ou estudando ao final da jornada		
Não	1,00	1,00
Sim	0,26 (0,15 – 0,45)	0,69 (0,26 – 1,84)
Considera seu trabalho perigoso		
Não	1,00	1,00
Sim	1,86 (1,18 – 2,94)	1,40 (0,64 – 3,07)

Fonte: Elaboração própria.

(1) Variáveis com valor de $p \leq 0,10$ integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustado pelas variáveis do bloco, sexo e idade.

Na Tabela 11, são apresentadas as variáveis que compuseram o modelo final da regressão logística multivariada ajustada por sexo, idade e variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,10$ nos blocos de saúde atual, agravos e ocupacionais. Em relação aos agravos atuais de trabalhadoras de enfermagem, foi significativo o uso de medicação ($p < 0,001$); aquelas que referiram uso de medicação apresentaram risco para TMC (48,5%). O desfecho associou-se significativamente ($p < 0,10$) ao uso de medicação como fator de risco para TMC. A verificação do ajuste de modelagem permitiu estabelecer as variáveis que compuseram o modelo final. Observou-se que o uso de medicação mostrou-se como fator de risco para TMC (OR=2,81; IC95%: 1,23 – 6,42), e não sentir disposição para se divertir no final da jornada (OR=0,24 (0,12 – 0,45) também se mostrou fator de risco para TMC. A divisão adequada de tarefas configurou-se como fator de proteção (OR=0,47; IC95%: 0,25 –

0,89). Esse modelo auxilia, em parte, na compreensão dos fatores de risco e de proteção para o prazer e o sofrimento no trabalho e também para o adoecimento da trabalhadora de enfermagem.

Tabela 11 – Modelo Final da associação entre Transtornos Mentais Comuns e fatores sociodemográficos de saúde e relativos à ocupação de trabalhadoras de Enfermagem em Hospital Geral de grande porte, de acordo com a presença de Transtornos Mentais Comuns. Salvador, Bahia, Brasil – 2018 (n=372).

Variáveis (1)	Transtornos Mentais Comuns	
	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Uso de medicação		
Não	1,00	1,00
Sim	2,09 (1,32 – 3,30)	2,81 (1,23 – 6,42)
Sente disposição para se divertir ao final da jornada de trabalho		
Não	1,00	1,00
Sim	0,23 (0,14 – 0,38)	0,24 (0,12 – 0,45)
Considera a divisão de tarefas adequada		
Não	1,00	1,00
Sim	0,46 (0,30 – 0,70)	0,47 (0,25 – 0,89)

Fonte: Elaboração própria.

(1) Variáveis com valor de $p \leq 0,10$ integraram o modelo de regressão logística multivariada ajustado por sexo, idade e variáveis dos blocos ocupação, saúde atual e agravos.

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

Foram entrevistadas 23 trabalhadoras de enfermagem, 12 enfermeiras, e 11 técnicas de enfermagem em hospital geral de grande porte em Salvador, Bahia.

O Quadro 4 expõe os dados sociodemográficos das enfermeiras entrevistadas.

Quadro 4 – Dados sociodemográficos das enfermeiras entrevistadas.

(continua)

Entrevista	Idade	Carga Horária	Sexo	Renda salário mínimo	Situação conjugal	Turno de trabalho	Vínculo
E1	38	30/80*	Feminino	2 a 3	Divorciada	Manhã e Tarde	Instituto de Gestão e Humanização 3 anos
E2	38	40/30*	Feminino	4 a 5	Casada	Serviço Diurno / Serviço Noturno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 16 anos
E3	35	36/36*	Feminino	4	União estável	Serviço Diurno / Serviço Noturno	Instituto de Gestão e Humanização 1 anos
E4	31	36/36*	Masculino	3 a 4	Solteiro	Serviço Diurno	Instituto de Gestão e Humanização 12 anos

Quadro 4 – Dados sociodemográficos das enfermeiras entrevistadas.

(conclusão)

Entrevista	Idade	Carga Horária	Sexo	Renda salário mínimo	Situação conjugal	Turno de trabalho	Vínculo
E5	37	30	Feminino	4 a 5	Solteira	Serviço Diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 12 anos
E6	58	40	Feminino	6 a 7	Solteira	Serviço Diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 26 anos
E7	50	40/80*	Feminino	2 a 3	União estável	Serviço Diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 15 anos
E8	57	40	Feminino	4 a 5	casada	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 12 anos
E9	40	36	Feminino	2 a 3	casada	Serviço Diurno / Serviço Noturno	Instituto de Gestão e Humanização 2 anos
E10	54	30	Feminino	3 a 4	casada	Serviço Diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 10 anos
E11	37	40	Feminino	4 a 5	Casada	Serviço Diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 15 anos
E12	35	33/30	Feminino	3 a 4	Solteira	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 11 anos

Fonte: Elaboração própria.

* carga horária semanal (dupla jornada de trabalho em outro hospital ou no mesmo hospital).

O Quadro 5, apresenta os dados sociodemográficos de técnicas de enfermagem entrevistadas.

Quadro 5 – Dados sociodemográficos de técnicas de enfermagem entrevistadas.

Entrevista	Idade	Carga Horária	Sexo	Renda salário mínimo	Situação conjugal	Turno de trabalho	Vínculo
T1	41	30	Feminino	2 a 3	Casada	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 12 anos
T2	48	30	Feminino	2 a 3	União estável	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 10 anos
T3	42	30	Feminino	3	Casada	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 12 anos
T4	57	36/30*	Feminino	1	Casada	Serviço diurno	Instituto de Gestão e Humanização 4 anos
T5	51	40	Feminino	3 a 4	Divorciada	Serviço diurno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 13 anos
T6	20	40	Feminino	1	Solteira	Manhã e Tarde	Fundação Estatal Saúde da Família 1 ano
T7	56	30	Feminino	2 a 3	Viúva	Manhã e Tarde	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 11 anos
T8	39	30/70*	Feminino	2 a 3	Solteira	Serviço noturno	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 12 anos
T9	43	36	Feminino	2	Solteira	Manhã e Tarde	Instituto de Gestão e Humanização 3 anos
T10	50	30	Feminino	1	Casada	Serviço diurno / Serviço Noturno	Instituto de Gestão e Humanização 16 anos
T11	23	40	Feminino	1	Solteira	Serviço diurno	Fundação Estatal Saúde da Família 11 anos

Fonte: Elaboração própria.

* carga horária semanal (dupla jornada de trabalho em outro hospital ou no mesmo hospital).

A utilização da técnica análise temática possibilitou o reconhecimento das seguintes categorias de análise:

1ª Categoria – Cuidando do outro e cuidando de si – descrevendo o prazer e o sofrimento das trabalhadoras no processo de trabalho de cuidar do outro e de si.

2ª Categoria – Organização e processo de trabalho de enfermagem no contexto do hospital – o prazer e o sofrimento relatados no processo de trabalho, o gerenciamento do cuidado e o cuidado prestado.

3ª Categoria – Relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho – o prazer e o sofrimento no relacionamento intra e intequipes, a falta de autonomia de enfermeiras e o poder do médico no contexto do trabalho em saúde.

4ª Categoria – Estratégias defensivas das trabalhadoras de enfermagem no hospital – estratégias utilizadas por enfermeiras e técnicas de enfermagem para minimizar o sofrimento no processo de trabalho no contexto hospitalar.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, são discutidos, de forma individual, os resultados da análise dos dados coletados relativos à pesquisa quantitativa – perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico e saúde atual, o THS; riscos para transtornos não psicóticos, TMC, o SRQ-20, e o AUDIT para rastreamento do uso problemático de álcool – e qualitativa das falas das trabalhadoras de enfermagem sobre os fatores que colaboravam para o prazer e sofrimento no processo do trabalho hospitalar e estratégias de enfrentamento do sofrimento.

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os setores do hospital vinculados às áreas estratégicas de atendimento e às áreas administrativas compostas por trabalhadoras de enfermagem foram apresentados conforme o organograma. As unidades de internação compreendiam todas as enfermarias, UTIs de adultos e pediatria, os serviços de apoio terapêutico e diagnóstico (Bioimagem, CHD, CC, CME, Ambulatório, Vacina, Agência Transfusional, Banco de Olhos, Transplante de Órgãos, SAPFE, Nefrologia). e o serviço administrativo (Núcleo de Prontuários, Gestão de Leitos, SIAST, Núcleo de Vigilância e Núcleo Epidemiológico).

Houve pouca adesão para participar da pesquisa na emergência e urgência (EME pediatria, EME adulto e centro obstétrico). Independentemente do local de atuação das trabalhadoras de enfermagem, a assistência direta ou indireta, a pressão imposta pelos gestores, usuários e familiares, a falta de leitos para internar ou de material, atendimento a pacientes graves, críticos ou estáveis, cada um com sua especificidade, provocavam riscos para os TMC, adoecimento físico e psíquico.

Nessa perspectiva, é fundamental apresentar e discutir a realidade local, com base nos dados de riscos para TMC, considerando as variáveis específicas do perfil sociodemográfico, ocupacional e clínico das trabalhadoras pesquisadas. O aparecimento de sintomas psíquicos e orgânicos, como os TMC, constituem os sintomas não psicóticos caracterizados por queixas somáticas, cefaleia, fadiga, mal-estar gástrico, insônia, sensação de inutilidade. Os resultados indicaram que as trabalhadoras de enfermagem do hospital estudado com risco para os TMC, em sua maioria, eram do sexo feminino; com idade inferior a 39 anos; entre pretas e pardas, com companheiro, com filhos; escolaridade nível superior, e não estudavam atualmente e trabalhavam há mais de 11 anos; maior número de trabalhadoras lotadas no período diurno;

apresentavam carga horária de trabalho igual a 30 horas; contrato de trabalho com predomínio do vínculo estatutário; renda mensal de até cinco salários mínimos.

A prevalência mais elevada em mulheres reforça o lugar do gênero feminino no trabalho em saúde e assemelha-se ao encontrado em outros estudos realizados. Historicamente o cuidado sempre esteve relacionado ao gênero feminino. A enfermagem é uma profissão predominantemente exercida por mulheres. Estas vêm desempenhando papéis na sociedade em razão da sua inserção no mercado de trabalho. Inúmeras são responsáveis por manterem a família sozinhas, realizando as tarefas domésticas, a educação dos filhos e, muitas vezes, o cuidado dos familiares idosos (ALVES, A., *et al.*, 2015; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; COELHO, 2005; HIRATA, 2009).

Pesquisa realizada com profissionais de enfermagem apresentou resultado diferente em relação à escolaridade (PINHO; ARAÚJO, 2007). Nesta, quanto maior o grau de escolaridade, maiores as prevalências encontradas para TMC, diferentemente do que ocorreu no nosso estudo, em que a prevalência para os riscos em TMC foi maior para as trabalhadoras com nível médio.

Para as mulheres, inseridas em distintos papéis dentro da estrutura da sociedade contemporânea atual, as relações entre as funções que ocupam no espaço doméstico e no espaço público podem apontar explicações para os riscos em relação aos TMC. No nosso estudo, predominaram carga horária menor, dupla jornada no mesmo hospital. Houve casos de tripla jornada de trabalho no mesmo hospital ou em outras instituições (declarada informalmente), o que pode configurar riscos para os TMC. A sobrecarga no trabalho hospitalar, ambiente de trabalho com ritmo imprevisível e intenso, com altas exigências físicas e mentais, tem colaborado para a baixa qualidade de vida física e mental, com poucas horas para prática de atividades físicas, redução de horas de lazer, além de contribuir para o esgotamento físico, emocional e social (ARAÚJO *et al.*, 2003; COELHO, 2005). No estudo de Silva *et al.* (2011), realizado em um hospital público no Rio de Janeiro, foi observada a prevalência de 57,1% para riscos em TMC entre trabalhadores de enfermagem, no qual esses profissionais referiram não conseguir parar de pensar no trabalho, mesmo durante a folga. A prevalência global de TMC nesse estudo foi de 21,3%.

Aliado ao marcador de gênero, os resultados desta pesquisa apontaram prevalência mais elevada para pretas e pardas, o que assegura a importância de discutir a relação entre os TMC e o marcador raça/cor. No estudo realizado por Lombardi e Campos (2018, p. 33), os resultados mostram que a escolha pela enfermagem deu-se por ser esta uma área de trabalho tradicionalmente feminina, e a “[...] construção ideológica de uma enfermagem-padrão branca

não impediu que mulheres negras continuassem a trabalhar na profissão, entretanto mais representadas nos escalões subalternos (técnicos e auxiliares de enfermagem)”.

Os processos hierárquicos, na Enfermagem, são parte importante da profissão que, em geral, fica submetida ao processo de definição da prestação da assistência pelas ordens médicas. Este processo estende-se na relação subordinada e hierárquica entre enfermeiras e entre essas e as técnicas de enfermagem. A subdivisão técnica do trabalho reproduz a dicotomia social dos agentes da profissão: “[...] as enfermeiras responsáveis pelo ensino, coordenação e supervisão do trabalho e as executoras dos cuidados, oriundas de classes sociais menos favorecidas” (PEREIRA, 2015, p. 54). Na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2015), os dados mostram que há maior presença de negros exercendo tarefas de técnicos e auxiliares, quando comparado às enfermeiras de nível superior da mesma raça. Enquanto 40% das técnicas e auxiliares eram negras, apenas 32,5% das enfermeiras o eram.

Observou-se, entre as profissionais de enfermagem do hospital estudado, que a renda foi inferior a 5 SM, uma remuneração obtida com o trabalho que pode ser considerada insatisfatória. O risco para TMC foi maior para essas com menores salários. No estudo realizado por Souza *et al.* (2011) com trabalhadoras de enfermagem, em hospital especializado em Feira de Santana (BA), a prevalência de suspeitos de TMC foi de 14,8% e foi maior entre as enfermeiras (15,8%), com idade igual ou superior a 45 anos (17,4%); para aqueles que recebiam entre 1 a 3 SM, o percentual alcançou 18,2%.

A renda é uma variável importante, pois possibilita melhor qualidade de vida. No caso desse grupo de trabalhadoras, o quesito condições financeiras pode dificultar a adoção de hábitos mais saudáveis de vida, o que inclui a prática regular de atividade física, lazer, entre outros, como opções para controle do estresse e da ansiedade. No estudo de Silva *et al.* (2011) com trabalhadores de enfermagem de um Hospital universitário no Rio de Janeiro, a variável renda foi estatisticamente significativa, demonstrando existir uma relação entre essa variável e entre aqueles que recebiam 6 SM ou mais e TMC. A existência de 80% de técnicas de enfermagem no universo da profissão da Enfermagem pode explicar distintas situações, como a maior pressão para subordinação, mais baixos salários, mais exposição a condições inadequadas de trabalho, que podem estar concorrendo para a existência do percentual de 66% de profissionais com desgaste mental (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Em estudos internacionais e nacionais, os riscos para TMC estão associados ao sexo feminino, baixa renda e menor escolaridade. A prevalência global em estudos nacionais e

internacionais tem variado de 24,6% a 51,8% e tem sido considerado um problema de saúde pública (ALVES, A., *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2014; SOEGAARD; PEDERSEN, 2012; YLMAM; KEBEDE; AZALE, 2014).

A prevalência para TMC encontrada neste estudo foi elevada (42,2%), se comparada com os achados nos estudos realizados no Brasil, porém encontram-se na média dos índices de outros estudos brasileiros. Rodrigues *et al.* (2014), num estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital geral em Feira de Santana (BA), encontrou a prevalência geral de “suspeitos” de TMC de 35,0%. No estudo realizado por S. Alves *et al.* (2015) com profissionais de saúde em um hospital universitário no Triângulo Mineiro, a prevalência geral encontrada foi de 27,9% para TMC, que apresentou prevalência abaixo dos achados desta pesquisa.

A incidência dos TMC tem alta prevalência em todo o mundo. Estima-se que 10% dos adultos vão apresentar tais condições e 25% da população mundial já apresenta manifestações somáticas, como ansiedade e depressão, consideradas questões de saúde pública. Assim, o trabalho pode contribuir de maneira positiva ou agir negativamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Lancman e Sznalwar (2004a) referem que as condições e relações de trabalho e o reconhecimento são fundamentais na construção da identidade e geram prazer no trabalho. A ausência desses fatores colabora para a alienação mental, para o sofrimento e o adoecimento. Estudos sobre trabalho e a relação dos trabalhadores com suas condições concretas de trabalho permitem aprofundar o conhecimento sobre os nexos causais entre adoecimento e condições de trabalho, facultando a possibilidade de elaboração de preditores e possivelmente interventores para os determinantes psicossociais que contribuem para sofrimento e o adoecimento dessas trabalhadoras (PITTA, 1989).

O alto percentual de prevalência encontrado neste estudo pode estar associado às características do trabalho de enfermagem hospitalar. Como possíveis riscos para os TMC no ambiente hospitalar, concorrem as condições insatisfatórias encontradas no ambiente de trabalho, a sobrecarga de trabalho, o excesso de trabalho e as horas trabalhadas, além dos riscos físico, químico, ergonômico e biológico, os baixos salários com vínculos precários, que levam a trabalhadora a procurar outros empregos, gerando a dupla e às vezes tripla jornada de trabalho associada ao trabalho doméstico. Estes fatores associados podem levar ao desgaste mental, ao adoecimento físico e psicológico e a riscos para TMC (ALVES, A., *et al.*, 2015; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016; DEJOURS, 1992; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Alguns fatores têm contribuído, nas últimas décadas, para a prevalência de TMC, a exemplo da exclusão formal do mercado de trabalho, empregos precários, baixos salários, demandas psicológicas elevadas para executar o trabalho (ALVES, A., *et al.*, 2015; BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016).

Em 2015, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) realizaram uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil. Foram identificados 3,5 milhões de trabalhadores na área da saúde; destes, metade, 1,7 milhão, atuava na enfermagem – 84,6% mulheres, 15,4% homens, 80% técnicos de enfermagem, 20% enfermeiros, 26,2% trabalhavam no setor privado, 51,0% estavam no setor público, 14,6% no filantrópico, 8,2% eram docentes e 66% estavam com desgaste mental (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

No tocante às características ocupacionais, o maior risco para TMC, neste estudo, foi para as técnicas de enfermagem (64,6%); para as enfermeiras, o risco foi de 37,6%. A taxa de prevalência verificada foi diferente do resultado do estudo de Pinho e Araújo (2007), realizado em uma unidade hospitalar de emergência, no qual se verificou que a prevalência de risco de TMC foi maior para enfermeiras e estas apresentaram duas vezes mais transtornos mentais que os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Colaboram para o desgaste e o adoecimento dessa profissional as situações de conflitos e atritos que precisam resolver, além da falta de autonomia e as cobranças organizacionais. Num estudo realizado com trabalhadores de enfermagem que atuavam em UTI de hospital público terciário e de grande porte no Distrito Federal, os resultados apontaram que os fatores “frustração, estresse e desgaste” estavam em níveis críticos para os técnicos de enfermagem, e em níveis considerados graves para os enfermeiros, que ocupavam posição hierarquicamente superior à dos técnicos, certamente por assumirem para si alto grau de responsabilidade no gerenciamento da assistência ao paciente crítico (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

Aspectos referentes às relações de poder que se apresentam nos processos de trabalho, nos cargos de chefia, coordenações e/ou supervisões, a falta de autonomia e cobranças por resolutividade podem contribuir para o desgaste das enfermeiras. As profissionais desta pesquisa, por estarem num hospital público também vivenciavam diariamente a falta de recursos materiais, de pessoal, e a falta de resolutividade do SUS. Todos esses conflitos de interesse e essas relações de poder podem colaborar para o estresse, o sofrimento mental e serem determinantes para o sofrimento dessas trabalhadoras, como afirma Dejours (2000).

Em um estudo qualitativo, realizado em hospital universitário de grande porte do interior do estado de São Paulo, há relatos de enfermeiras sobre a resolução de problemas inesperados da enfermagem, que nem sempre fazem parte de suas atribuições, mas contribui para a realização de processos de trabalho de outros profissionais (LEITE; VERGILIO; SILVA, 2017). As enfermeiras sentem essa sobrecarga de trabalho, em razão das diversas atividades que assumem, não tendo tempo para gerenciar o cuidado, sua atividade e sua competência diretamente com a equipe de enfermagem. Ao atenderem competências de outros, acabam sentindo-se culpadas por não resolverem as demandas do paciente e da organização.

No que se refere aos profissionais que trabalham no contexto hospitalar, vários são os fatores que podem ser desencadeantes do adoecimento, como o tempo no serviço e na ocupação, as precárias condições de trabalho, a intensidade e o ritmo do trabalho, poucos recursos humanos e materiais, o trabalho em turnos, local insalubre, o acúmulo de vários vínculos de emprego, a convivência com a dor e o sofrimento de usuários e seus familiares. De forma lenta e gradual, esse conjunto de situações vai comprometendo a saúde física e mental das trabalhadoras de enfermagem.

O ritmo de trabalho e a intensidade com que as trabalhadoras desenvolvem suas tarefas no contexto hospitalar são elementos importantes e com repercussão direta no desgaste e adoecimento delas. Na pesquisa realizada por Souza e Lisboa (2005, p. 233) sobre ritmo de trabalho, as trabalhadoras de enfermagem referem que “[...] a profissional de enfermagem é mais valorizada nesse coletivo quando trabalha sob alto ritmo, sob condições absurdas de trabalho”. Para Dejours, Dessors e Desrlaux (1993), o ritmo de trabalho para executar uma quantidade de tarefa em um determinado tempo deve considerar o esforço físico, emocional e intelectual do trabalhador. Já Dal Rosso (2013) entende por trabalho excessivo aquele em que a duração (quantidade de horas de trabalho) coloca em risco a saúde e a segurança do trabalhador. Paradoxalmente Dejours, Dessors, Desrlaux (1993, p. 103) referem sobre o ritmo do trabalho: “[...] um trabalho onde não há grande coisa a fazer, mas que é preciso estar presente e fazer de conta que se está ocupado vai gerar rapidamente um aumento de carga psíquica, seguida por uma intensa fadiga.” Para esses autores, esta é uma situação perigosa não apenas para o funcionamento psíquico, mas para o corpo também, que passa a se defender com menos vigor e adocece, quando a pessoa está vivenciando um processo depressivo.

O ritmo de trabalho contribui para o desgaste psíquico das trabalhadoras de enfermagem. No contexto hospitalar, um ritmo intenso faz com que o profissional não tenha pausas no trabalho, nem tempo para se alimentar, ir ao banheiro, enfim, atender suas

necessidades básicas. Para a profissional de enfermagem, o ritmo de trabalho intenso, com jornadas longas, é mais um motivo que contribui para a alienação e compromete o seu processo de criatividade e de motivação (DEJOURS, 1992; SOUZA; LISBOA, 2005).

Em relação às características relacionadas ao vínculo empregatício dessas trabalhadoras de enfermagem e o risco para TMC, as concursadas apresentaram um índice mais elevado (63,6%) em relação às terceirizadas. Entretanto, essas trabalhadoras concursadas eram contratadas no mesmo hospital, com outro tipo de vínculo – IGH, Fundação José Silveira. Assim, aumentava a carga horária, a sobrecarga de trabalho e estavam mais expostas ao desgaste, ao adoecimento físico e psíquico. Melo *et al.* (2016) realizaram uma pesquisa com enfermeiras da Sesab e concluíram que, mesmo concursadas, elas vivenciavam um processo de precarização do trabalho, com baixos salários e extensa carga horária. Barros e Mendes (2003) realizaram um estudo com trabalhadores terceirizados de uma construtora em Brasília, e os resultados apontaram que esses encontravam-se vulneráveis e inseguros diante do modelo de produção terceirizado. O sofrimento tornava-se visível por meio de indicadores de mal-estar, tais como desgaste físico e mental. Rodrigues *et al.* (2014), no estudo realizado com trabalhadores de enfermagem contratados pelo Regime Especial de Direito Administrativo (REDA), que trabalhavam em atividades assistenciais em um hospital de grande porte, identificaram que as queixas de saúde mais frequentes estavam relacionadas à postura corporal e à saúde mental. Esses trabalhadores referiram sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e carga horária semanal com mais de 40 horas.

Os trabalhadores com vínculos terceirizados têm menor remuneração, o que faz aumentar a rotatividade. Os resultados de estudo realizado por Corrêa *et al.* (2012), com enfermeiros da rede básica de saúde de Cuiabá, indicaram que os profissionais estavam submetidos aos contratos de trabalho temporário, o que equivale ao trabalho precário, portanto, desprovidos de normas legais e sem garantia dos benefícios que lhe dão segurança, tais como: aposentadoria, férias anuais, 13º salário e licenças remuneradas. A carga horária era superior a 40 horas, e nenhum profissional declarou possuir pós-graduação em nível *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado). Vieira *et al.* (2016) realizaram estudo em um hospital de ensino, com trabalhadores de enfermagem, e concluíram que a precarização do trabalho contribuía para o presenteísmo na enfermagem, pois os trabalhadores temporários, por não possuírem os direitos trabalhistas previstos em lei, e com medo do desemprego, mantinham-se no trabalho, mesmo com a saúde debilitada, contribuindo para o prejuízo da assistência prestada e para a qualidade do serviço. Os estudos mostram que a precarização é risco para os TMC e para o

adoecimento físico. Para os profissionais estatutários, o risco para TMC talvez esteja associado ao duplo vínculo no mesmo hospital e à rotatividade dos trabalhadores terceirizados, contribuindo para o desgaste dos concursados. Além disso, compromete a qualidade da assistência, por terem que assumir uma escala com menor número de funcionários e realizarem treinamento para os recém-admitidos.

As trabalhadoras de enfermagem terceirizadas são mais vulneráveis, por serem profissionais sem direitos garantidos e “[...] sem uma expectativa de futuro profissional, pois sabem quando seu contrato de trabalho começa, mas não sabem quando pode terminar” (SANTOS, 2018, p. 131), além de mudarem de emprego quando conseguem melhores salários ou passam em concurso público.

De modo geral, nesta pesquisa, 53% das trabalhadoras de enfermagem tinham uma jornada de trabalho menor ou igual a 30 horas semanais (corresponde a 120 horas mensais). As estatutárias podiam aumentar para 40 horas semanais (240 horas mensais). Informalmente, 40% das participantes referiram carga horária maior que 30 horas semanais. Essas trabalhadoras aumentavam a carga horária em razão do retorno salarial. As trabalhadoras de enfermagem têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho, que podem ser duplas e, às vezes, triplas, o que pode acarretar sobrecarga de trabalho. No hospital *locus* da pesquisa, era permitido ao mesmo funcionário ter um vínculo estatutário e outro terceirizado, tendo uma escala diferenciada em relação ao setor, o que acarretava uma carga horária semanal entre 60 e 70 horas.

No estudo de Dalri *et al.* (2014) com enfermeiras de unidade hospitalar em Ribeirão Preto (SP), a carga horária de trabalho semanal desenvolvida variou de 21 a 78 horas, sendo a mediana de 42 horas. No estudo de Rodrigues *et al.* (2014), em hospital geral de Feira de Santana (BA), a carga horária semanal de trabalho mais frequente foi mais de 40 horas semanais.

É importante ressaltar que uma jornada de trabalho elevada, com vários vínculos, contribui para a deterioração do convívio familiar e da vida social, além do adoecimento físico e mental dessas trabalhadoras. No estudo realizado por Machado *et al.* (2014) em um Hospital Geral de Feira de Santana (BA), os resultados relacionados à saúde mental apontaram prevalência de cansaço mental, nervosismo e esquecimento frequente, sendo as enfermeiras as mais acometidas por todos esses sintomas. Duplo emprego foi uma realidade para as enfermeiras; a maioria das técnicas e auxiliares não apresentava outro vínculo empregatício. Os achados de Dalri *et al.* (2014) mostravam que as reações fisiológicas mais frequentes eram dores lombares, fadiga/exaustão, rigidez no pescoço e acidez estomacal. As

trabalhadoras de enfermagem, no nosso estudo, com dupla tripla jornada de trabalho, referiram cansaço físico, exaustão, adoecimento físico em alguns casos, porém estavam realizadas e referiram prazer no trabalho.

A associação entre trabalho diurno e noturno e TMC não se mostrou estatisticamente significativa neste estudo, porém apresentaram risco para TMC aquelas inseridas no trabalho diurno, 52,7% (78), e no noturno 47,3% (70). No que se refere às jornadas diárias, havia vários turnos no hospital pesquisado. O serviço diurno (SD) para o pessoal administrativo e o trabalho ambulatorial (das 7 às 17 horas) e MT (das 7 às 19 horas); o noturno (das 19 às 7 horas); e turnos com duração de 6 horas (manhã ou tarde) e até 24 horas – MT e serviço noturno (SN) –, horários permitidos no momento da pesquisa. Elas realizavam trocas e faziam plantão de 24 horas por terem outro trabalho em cidade distante de Salvador ou mesmo por residirem no interior.

Os ritmos biológicos em relação aos horários de trabalho em turno noturno podem ocasionar inúmeros prejuízos à saúde dos trabalhadores, devido à dessincronização, apresentando, como sintomas mais frequentes, alterações de sono, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares, mal-estar, fadiga, irritabilidade, sonolência excessiva durante o dia, desordens psíquicas, interferência nas relações sociais e familiares e em relação também à assistência prestada ao paciente, redução de desempenho, além de maior exposição a acidentes de trabalho (MENDES; MARTINO, 2012).

O trabalho em saúde em turnos é uma necessidade em função da assistência prestada durante as 24 horas ininterruptamente para paciente e família. Entretanto, é uma variável que pode contribuir de forma negativa para o sofrimento psíquico e o adoecimento dos trabalhadores. O trabalho prescrito não considera os limites do trabalhador, não considera as limitações da condição humana. É estabelecido pela organização como o modo de ser realizado, contribuindo para a predisposição a erros, falhas e acidentes (DEJOURS, 1992, 1997; LANCMAN; SZNELWAR, 2004a). O trabalhador, quando não suporta o sofrimento no trabalho, recorre a estratégias defensivas, como um mecanismo pelo qual busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer (DEJOURS, 1992). Trata-se de um processo mental, um meio para suportar o sofrimento e o adoecimento, já que as pressões no trabalho continuam existindo. Quando essas estratégias não progridem, surge o sofrimento, e o trabalhador não consegue resignificar o sofrimento, transformando-o em prazer (DEJOURS, 1992; LANCMAN; SZNELWAR, 2004a).

Outro aspecto encontrado neste estudo foi o fato de as trabalhadoras não se sentirem pressionadas pela chefia. Sabemos que as relações de poder presentes nos processos de

trabalho de enfermagem, a exemplo de cobranças por resolutividade, podem contribuir para o desgaste das enfermeiras. Entretanto, a ausência de pressão pode levar a inferir-se que pouco se conta com a colaboração da chefia para resolver demandas das unidades e as enfermeiras assistenciais estão sobrecarregadas. De acordo com Pitta (1989), a presença da chefia pode ser um fator gerador de sobrecarga de trabalho, porém a ausência dela pode significar desamparo. Esse fato pode ser gerador de ansiedade e sobrecarga “[...] advindas da falta de suporte técnico e administrativo, para que essas trabalhadoras correspondam às inúmeras demandas dos pacientes e familiares” (PITTA, 1989, p. 162).

Os riscos de adoecimento são e podem estar relacionados à organização do trabalho – não ter horários para pausas, duração das jornadas, horários extremos. Diante dessas situações, os riscos de adoecimento são altíssimos, principalmente quando não são consideradas as diferenças entre os indivíduos e as dinâmicas dos processos psicológicos (ASSUNÇÃO; VILELA, 2009). A doença instala-se desde que o somatório desses fatores ganhe características traumáticas. Em geral, as trabalhadoras de enfermagem são submetidos a uma alta carga emocional e a exigências excessivas no ambiente de trabalho.

Neste estudo, quando perguntados sobre a divisão de tarefas, 51% referiram que era adequada; a prevalência para TMC foi 41,7% e foi estatisticamente significativa. No estudo de Pitta (1989), a prevalência para TMC foi de 18,2% para aqueles que acharam adequada a divisão de tarefas. No nosso estudo, entre as trabalhadoras que acharam o tempo insuficiente para a realização das tarefas, o risco para TMC foi de 66,6% e foi estatisticamente significativo.

A divisão de tarefas, no desfecho final da análise hierarquizada desta pesquisa, foi um fator de proteção para os riscos de TMC. Entretanto, é preciso considerar que a equipe de enfermagem realiza um trabalho parcelado. São múltiplas as atividades que desenvolvem em seu processo de trabalho tanto assistencial como burocrático. Dessa forma, a interação paciente e trabalhador é também fragmentada, e o distanciamento que se verifica entre os profissionais talvez seja uma estratégia defensiva, uma forma de proteção para o sofrimento. A aproximação com o paciente, após a execução das tarefas prescritas, fica vinculada às intercorrências/alterações clínicas.

Essa divisão, entretanto, acarreta um trabalho desarticulado, um cuidado não compartilhado. Dessa forma, a trabalhadora não compreende a globalidade do processo de cuidar e pode perder o contexto integral do cuidado daquele paciente. Consoante Lorenzetti *et al.* (2014), os modelos participativos de gerenciamento na organização e a distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais possibilitam o reconhecimento, a realização do

trabalhador, além da satisfação da real necessidade do paciente e da família, mas existe uma resistência da equipe de enfermagem em praticar esse cuidado integral.

Para Dejours (1992), a organização do trabalho é entendida como a divisão do trabalho. Isto é, a divisão de tarefas entre os “operadores”, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também e, sobretudo, a divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, repartições de responsabilidade e pelos sistemas de controle. Para Sznelwar (2004, p. 35): “[...] uma tarefa muito fragmentada, com ações repetitivas, levaria ao sofrimento psíquico.” Assim, a organização do trabalho da enfermagem continua fragmentada, hierarquizada e com ausência de trabalho em equipe. Nesse processo, as trabalhadoras de nível médio têm pouca inserção no planejamento das atividades assistenciais e autonomia, o que proporciona insatisfação e sofrimento no trabalho (LORENZETTI *et al.*, 2014; PEDUZZI; ANSEMI, 2002; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

A participação no planejamento das atividades e a participação na tomada de decisões implica, para essas trabalhadoras, em um pouco de autonomia no exercício das atividades profissionais diárias, em uma forma de superar a distância existente entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, além de ser uma forma de evitar o individualismo do trabalhador, atitudes de fechamento, isolamento ou silêncio, e amenizar os conflitos entre colegas (DEJOURS, 1992). No estudo realizado por Pitta (1989), entre os trabalhadores que não participavam do processo de trabalho, foi maior a prevalência de sintomas psicoemocionais. Para a autora, a participação no planejamento torna-se uma proteção, para evitar o sofrimento psíquico e o adoecimento. No nosso estudo, as trabalhadoras referiram sobre a não participação em planejamentos, porém de modo informal e superficial.

A seguir são destacadas as características clínicas relacionadas à saúde atual das trabalhadoras. Entre os problemas relatados na nossa pesquisa, obtiveram significância estatística problemas relacionados ao sistema musculoesquelético (hérnia discal e joelho) e sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo (tendinite, bursite e túnel do carpo). Em função dos problemas relatados, foi significativa a realização de fisioterapia ($p < 0,001$). Os seguintes fatores podem colaborar para o desgaste físico, de acordo com Magnago *et al.* (2010) e Sancinetti *et al.* (2009): volume de atividades, déficit de pessoal, número elevado de pacientes, e o psicológico, as relações dentro da própria equipe ou com outra equipe, condições ambientais de trabalho, a própria assistência prestada aos pacientes e familiares.

No processo saúde-doença no trabalho, a ocorrência de sintomas psíquicos e físicos tem sido relatada por vários autores (PITTA, 1989; SELIGMANN-SILVA, 2011; DEJOURS, 1992, 2000). Alguns transtornos informados pelas trabalhadoras decorrem do processo de

trabalho, como o ritmo intenso, as condições, a jornada e o horário. Estes conjuntos de fatores podem gerar o adoecimento e o aparecimento de insônia, cefaleia, gastrite, DORT, cervicalgia, lombalgia, artrose, varizes, fibromialgia e hipertensão. As cargas fisiológicas relacionadas ao esforço físico do trabalhador realizando suas atividades laborais em pé, com posturas inadequadas, e a utilização de equipamentos inadequados igualmente favorecem o adoecimento.

Neste estudo, ao referir problemas de saúde, predominaram aqueles relacionados ao sistema circulatório (hipertensão, varizes) e ao sistema esquelético (hérnia de disco e problemas no joelho), seguidos por DORT. Em relação às atividades exercidas pela enfermeira, T. Santos (2012) avalia que essa é uma das profissionais capazes de exercer mais de uma atividade, o que significa aumento da intensidade do trabalho, contribuindo para o desgaste físico e mental. No estudo de Bernardes *et al.* (2014), os transtornos mentais comuns e comportamentais aparecem como a quinta maior ocorrência nas trabalhadoras de enfermagem. No estudo realizado por Shoji, Souza e Farias (2015) com trabalhadoras de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada, as repercussões da exposição aos riscos presentes no ambiente laboral manifestavam-se por meio de estresse e de distúrbios osteomusculares, com destaque para este último. Os fatores de risco, no contexto hospitalar, relacionados à sobrecarga de segmentos corporais em determinados movimentos, a exemplo da força excessiva para realizar algumas tarefas, repetitividade e posturas inadequadas, contribuem para os agravos físicos e emocionais. No estudo de Pitta (1989), houve prevalência de problemas no aparelho genito-urinário (30,5%) e osteomuscular (15,6%).

Estudos têm evidenciado que o aspecto psicossocial do trabalho tem fatores determinantes para gerar sofrimento e adoecimento físico e mental, a exemplo da pressão dos superiores por produtividade, a competitividade e o relacionamento entre colegas (LANCMAN; SZNELWAR, 2004; PRESTES *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2013; PITTA, 1989). Os agravos relacionados ao trabalho desenvolvido e à assistência prestada podem gerar danos à saúde física e mental. Assim, as trabalhadoras de enfermagem podem adquirir várias comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes e obesidade. Para evitar o sofrimento e as tensões oriundas do trabalho, podem fazer uso de substâncias psicoativas, e ingestão de bebidas alcoólicas. Portanto, prevenir esses riscos precocemente é fundamental para a preservação da saúde das trabalhadoras (PRESTES *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2013).

Ao examinarmos os dados do questionário AUDIT quanto ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, observamos que, entre as trabalhadoras de enfermagem, 345 (92,7%) não faziam uso. Pitta (1989) refere que os achados do estudo que realizou com trabalhadores de

um hospital universitário parecem subestimar o que de fato acontece. No nosso estudo, fomos questionadas, durante a coleta de dados, acerca do uso do AUDIT – você quer saber se as pessoas bebem demais? – e é possível que uma explicação para o número de respostas negativas das trabalhadoras esteja relacionado ao receio de serem censuradas.

No desfecho da análise hierarquizada, sentir disposição para se divertir ao final da jornada de trabalho configurou-se como fator de proteção contra os riscos para os TMC (OR=0,24; IC95%: 0,12 – 0,45) e o uso de medicação, como fator de risco para TMC. De acordo com Dumazedier (2000), o lazer, enquanto promoção da saúde, tem três funções primordiais: em primeiro lugar, de descanso, divertimento (distração, recreação e entretenimento) e de desenvolvimento da personalidade. No lazer, as trabalhadoras vão canalizar as energias perdidas, aliviando a fadiga e o estresse. É um meio de refazimento físico, mental, social e espiritual com forma de distração, recreação e alívio das tensões. Para Dumazedier (2000, p. 34):

[...] o lazer é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada da sua participação social voluntária ou seja livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações familiares e sociais.

O lazer é um reparador das deteriorações das forças físicas e mentais provocadas pelas tensões e obrigações do trabalho, em que o indivíduo pode lutar contra o tédio ou o estresse causado pelo dia a dia (DUMAZEDIER, 2000). Um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de uma UTI, em um hospital em Uberlândia, as participantes da pesquisa relataram dar sentido real ao significado de lazer, identificando a relevância do lazer, da distração e do relaxamento profissional, para aliviar as tensões (PEREIRA; BUENO, 1997). Por outro lado, outra pesquisa realizada em um hospital universitário em São Paulo, com trabalhadores de enfermagem, foi identificado uma associação entre longas jornadas de trabalho e falta de tempo para repouso e lazer (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011), o que coincide com achados da pesquisa realizada.

As características clínicas relacionadas aos agravos atuais das trabalhadoras de enfermagem mostram o uso de medicação como um fator estatisticamente significativo. Os fatores que ensejam essa prática de automedicação são a facilidade de acesso aos fármacos e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (enquanto pacientes), por falta de tempo e de planos de saúde. Um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de dois hospitais públicos no Rio de Janeiro revelou que a automedicação era prática frequente na equipe de

enfermagem. Foram encontradas menores prevalências de automedicação entre auxiliares e técnicos, quando comparados às enfermeiras (BARROS; GRIEP; ROTENBERG, 2009). No estudo realizado por Vieira *et al.* (2013), em um hospital universitário, com trabalhadores de enfermagem de UTI adulto, o uso de medicação psicoativa foi confirmado por 14 trabalhadoras de enfermagem (28,5%), sendo mencionados, com maior frequência de utilização, os antidepressivos (12,2%), os benzodiazepínicos (6,1%) e os analgésicos (4%). No nosso estudo, 33,6% referiram fazer uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos, mesmo sem prescrição médica.

5.2 DISCUSSÃO DA ANÁLISE QUALITATIVA

Da análise qualitativa dos dados coletados emergiram as seguintes categorias empíricas:

Categoria 1: Cuidando do outro e cuidando de si.

Categoria 2: Organização e processo de trabalho de enfermagem no contexto do hospital.

Categoria 3: Relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho.

Categoria 4: Estratégias defensivas das trabalhadoras de enfermagem no hospital.

5.2.1 Categoria 1: Cuidando do outro e cuidando de si

Esta categoria discute prazer e sofrimento no cuidado do outro, humanização no cuidado de enfermagem, cuidado de si, adoecimento físico e emocional do cuidador, o trabalhador de enfermagem.

Quando lhes foi perguntado o que dá prazer e sofrimento no trabalho, a quase totalidade das entrevistadas, enfermeiras e técnicas de enfermagem referiram o prazer no cuidado. Estudos realizados com a equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho mostram a predominância de atividades gerenciais (burocráticas) para as enfermeiras, e o cuidado direto para as técnicas de enfermagem. A formação de enfermeiras e técnicas de enfermagem consiste em uma prática do modelo tradicional tecnicista, baseada no modelo biomédico, mantendo distância entre o fazer e o pensar (ALVES; LOPES; BESSA JORGE, 2007). As enfermeiras mencionaram as atividades gerenciais como impedimento para a qualidade do cuidado. Em relação ao trabalho das técnicas de enfermagem, as trabalhadoras

de nível médio, predominou a execução de tarefas repetitivas (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; PIRES; GELBECKE; MATOS, 2004).

Para Pitta (2016), a divisão de trabalho é perversa, por separar, de um lado, a minoria pensante que detém o saber da maioria executora, alienada e fazedora de tarefas desqualificadas e repetitivas. Alguns autores compartilham que a atuação dirigida ao cuidado deve ser um trabalho coletivo, valorizando os aspectos subjetivos das inter-relações, com uso da criatividade e autonomia para atender as necessidades dos usuários/clientes e da equipe de enfermagem. Entendem que o trabalho deva ser fonte de prazer e, quando houver sofrimento, seja ressignificado, resgatando o sentido para construção de uma identidade e reconhecimento no trabalho (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; LANCMAN; SZNELWAR, 2004a; PIRES; GELBECKE; MATOS, 2004).

O prazer vem aliado ao cuidar. O nosso trabalho é baseado nisso essa é a real a gente pode fazer mil coisas, mas, dentro da assistência do que a gente faz, porque fora da parte assistencial tem outras questões. A linha do cuidar é o nosso prazer. (E1).

Minha função é dar assistência ao paciente né? E assim, quando a gente recebe um paciente e que a gente vê o dia a dia [...] que ele vai evoluindo, se recuperando, realmente a gente fica muito feliz; é uma satisfação muito grande para nó. (T10).

O que me dar prazer. Eu gosto de ser enfermeira. Isso me dá muito prazer. Gosto de cuidar. (E9).

Meu trabalho, eu gosto muito e me sinto realizado com o que eu faço. Gosto de dar assistência. (T8).

Para Collière (1989, p. 29), cuidar é um ato que tem como fim permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte – morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie. Sanna (2007) afirma que outras pessoas podem cuidar de seres humanos, mas não estão fazendo o trabalho de assistir (ou cuidar) em enfermagem. Essa autora assegura que existem cinco processos de trabalho do enfermeiro: assistir (ou cuidar), administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Consoante Waldow (2011, p. 414): “[...] o cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes. Os atos realizados no cuidado variam, de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido.”

Vê o paciente se recuperando e indo para uma enfermaria ou para casa porque aqui muitas vezes a gente ver o paciente vindo para UTI porque está bastante grave e nem sempre é um final feliz acaba evoluindo para a morte e isso aí é a parte ruim do trabalho. (E3).

Paciente entra muitas das vezes desenganado na cirurgia e aquela cirurgia é um sucesso a gente se emociona não tem como se envolver quando obtém resultado

naquela cirurgia a gente sabe que aquele paciente vai se curado isso nos trás uma felicidade. (T4).

É dar assistência ao paciente, dando banho, medicações, verificando sinais vitais. (T11).

Existem diferentes tipos ou maneiras distintas de cuidar que variam de intensidade, de acordo com a situação clínica do paciente – pacientes estáveis, graves e críticos – com o ciclo de vida, o grau de dependência do paciente e o grau de perda de autonomia do paciente. Estas são situações vivenciadas diariamente pela cuidadora, a trabalhadora de enfermagem, que a colocam frente ao real, ao incerto, ao inesperado. Esta trabalhadora vivencia vários sentimentos, a exemplo da dor, indiferença, decepção, raiva, e pode, por meio da criatividade, tentar superar e não sofrer. Esses sentimentos podem também ser transformados em patogênicos e conduzir ao sofrimento e ao adoecimento (DEJOURS, 1997). Lima (2012, p. 206) refere que “[...] o trabalho em si é invisível, uma vez que não se vê as esperanças e expectativas depositadas no trabalho, também não se vê o sofrimento e o prazer vivido nesta experiência, nem os esforços dispensados – sejam eles individuais ou coletivos”.

Eu acho que estou sofrendo com a minha rotina. Eu estou muito desgastada. (E12).

Meu trabalho no dia a dia é essa rotina de cuidar de cada um é medicação em certo ponto é prazeroso porque eu posso está ali com uma pessoa, ajudando ela, e você pode acompanhar a evolução dela porém tem os contras né [...] por mais que você queira dar uma assistência humanizada uma assistência melhor, de acordo com as leis e normas, a gente fica impossibilitada, em função da estrutura do hospital. Além de ser um hospital de grande porte, não tem os materiais necessários para que a gente possa trabalhar tanto para nossa segurança quanto do paciente [...] aí isso nos causa sofrimento. (T9).

Para Rossi e Lima (2005), é necessário que a enfermeira reconheça o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro do universo organizacional, em uma dimensão que extrapole o tecnicismo. No cotidiano do trabalho em enfermagem, elas dependem das relações estabelecidas no ambiente laboral. Para possibilitar a construção de novas formas de pensar e agir, que imediatamente impulsionem novas e melhores práticas de cuidado, precisam realizar uma articulação entre sua equipe e outros profissionais (ROSSI; LIMA, 2005). Os manuais, as rotinas e a tecnologia jamais vão substituir a interação com o outro, a socialização entre a equipe de enfermagem, com os pacientes e demais profissionais. Nessa rotina, o hospital é um espaço potencialmente desencadeador de situações de estresse, desgaste, fadiga física e mental.

A falta de compreensão, às vezes, dos outros membros da equipe, quando eu falo da equipe. A equipe de saúde não engloba só técnica e enfermeira. Tem nutricionista, médico, psicólogo, as outras categorias. Tem várias situações que deixam bem a desejar. (T8).

Sofro pressão da [...] da [...] do hospital dos pacientes dos profissionais assistenciais médicos residentes enfermeiros dos acompanhantes que estão cada dia mais esclarecidos então o contexto em geral você [...] em um hospital de grande porte de alta complexidades que é referência em um estado que não é pequeno. (E4).

Entendemos que o cuidado, por ser multidimensional, envolve não apenas a doença e os recursos tecnológicos; é um momento de interação humana. A pessoa que recebe o cuidado tem uma história de vida. O nascimento é uma ocasião de alegria e de dependência total. Por outro lado, o adoecer pode ser um acontecimento crítico e pode significar insegurança e a perda da autonomia, faz emergir sentimentos contraditórios.

As trabalhadoras de enfermagem lidam diariamente com esse contexto, em que o nascimento, o adoecimento e a morte podem causar muito sofrimento. As trabalhadoras de enfermagem sofrem intensamente ao cuidar dos pacientes em processo de morrer. Toda perda causa sofrimento. Ao lidar diariamente com o agravamento ou morte de paciente, surgem múltiplos sentimentos, como indiferença, negação, naturalização e desgaste. Ocorre, em muitos casos, que a cuidadora pode estar doente e sofrendo e precisa mostrar um perfil que não condiz, no momento, com a sua história de vida. Por isso, é necessário que a trabalhadora elabore, aos poucos, seus sentimentos e aprenda a vivenciar e não considerar a morte como frustração e insucesso no trabalho desenvolvido.

O nascer é único; o morrer é o fim da vida e acarreta muita coisa. Vem o peso de uma história de uma pessoa. Muitas vezes, não é um final feliz; é triste. Na verdade, todos os óbitos são tristes. (E1).

O sofrimento é quando a gente, muita das vezes, perde o paciente. Pra gente, é um ponto muito negativo. Isso nos traz uma frustração. Uma pessoa que tinha uma vida inteira pela frente e a gente perdeu. (T4).

Me dou por inteira; me dou mesmo para a pessoa sair bem triste quando não dá certo. A frustração é quando não dá certo. (T5).

Estudo realizado nas UTIs de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com técnicas e auxiliares de enfermagem, para avaliar como enfrentavam o sofrimento no processo de morte dos pacientes, no cotidiano do trabalho, foi demonstrado que utilizavam diversas estratégias e mecanismos de defesa, individuais e coletivas, como negação, criação de rotinas e afastamento (SHIMIZU, 2007).

A forma como a trabalhadora lida com o adoecimento do outro, para que o cuidado aconteça, repercute na sua saúde. As patologias, a morte prematura e o sofrimento do paciente são fatores que podem ou não conduzir a processos de desgaste irreversíveis, aos acidentes e ao afastamento das trabalhadoras, que são as cuidadoras.

No contexto hospitalar, a forma como é organizada a divisão das tarefas, em geral parcelada, de ritmo intenso, com excesso de burocracia e permeada de controle e pressão das chefias, as elevadas jornadas e o trabalho em turnos concorre para o desgaste e o sofrimento psíquico. Estes emanam da própria natureza e das formas de organização desse trabalho (PITTA, 1989). “Quando se coloca face a face o funcionamento psíquico e a organização do trabalho, descobre-se que certas organizações são perigosas para o equilíbrio psíquico e que outras não o são” (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993, p. 104).

Algumas vezes a gente está sozinha na enfermaria, tem muita coisa burocrática além da assistência para ser feita, e é isso que desgasta. E o que acho pior é o fato de você fazer função de outras pessoas – nutrição, farmácia. Tudo o que não é da enfermagem você tem que dar conta, porque é a enfermagem que está de frente para o paciente. (E11).

Eles querem tal material, o material não serviu vai ter que buscar [...] e a gente corre para a farmácia o tempo todo. O material que a gente coloca na sala é irrisório, é pouco. E aí toda hora a gente tem que ir buscar o material lá, e isso é cansativo. Vem muito pouca quantidade na caixa, aí vem faltando, aí a gente corre para ir buscar e fica aquele vai e vem aquele corre-corre todo. Às vezes eles vão pegar os fios. (T5).

No estudo realizado por Gonzales (2000), com enfermeiros em Santa Maria, a autora refere que o cuidar não envolve apenas benevolência. As relações estabelecidas obedecem a regras, envolvem questões administrativas e incorporam resolução de problemas. Isso pode ser interpretado pela equipe de enfermagem como causa de sofrimento e não como um contexto que deva fazer parte de sua rotina. Nesse aspecto, devemos ressaltar que a resolução de pendências, pela enfermeira, durante o plantão, é um momento que contribui para sofrimento e prazer no trabalho.

Quando uma tarefa é realizada satisfatoriamente, a enfermeira usa de criatividade para planejar e resolver. Os recursos utilizados podem ser denominados de inteligência astuciosa, na qual se mobiliza a subjetividade, o que favorece a valorização e o reconhecimento pelo outro e pelos níveis hierárquicos. Se a trabalhadora, no trabalho prescrito, não atinge os resultados e não consegue superar os obstáculos e as dificuldades encontradas na dinâmica laboral, ela vai vivenciar o sofrimento. Assim, o adoecimento ocorre quando essa trabalhadora não tem a possibilidade de ver sentido em seu trabalho ou de mobilizar sua subjetividade

(DEJOURS, 2004). Para Dejours (2004), a capacidade de pensar e inventar a utilização desses recursos estão ligados à contribuição-retribuição e ao reconhecimento e ao prazer no trabalho.

Às vezes não dá, mas, na maioria das vezes, você consegue resolver suas demandas de trabalho do dia. Normalmente a gente não passa o plantão com pendência muito difícil; a gente consegue resolver tudo o que perpassa por mim o que depende de mim. Às vezes, depende de uma vaga na enfermaria, mas aqui é um setor de resolubilidade, resolver. (E1).

A situação que mais dá prazer é você conseguir atender a necessidade de um paciente que está na rede, aguardando vaga em um leito especializado e você consegue atender aquela vaga, a necessidade daquele paciente. Um paciente que aguarda uma vaga de UTI [Unidade de Terapia Intensiva] na neurologia clínica cirúrgica, na neonatologia, e você consegue viabilizar aquela vaga, que a gente libera, é um prazer imenso. Porque a gente não sabe mensurar o quanto a gente consegue ajudar esse paciente no direcionamento da vaga. É como se a gente estivesse garantindo a assistência especializada, a qual o paciente precisa para recuperação da sua saúde. (E6).

Já tem mais de trinta dias que o telefone não está funcionando. Aí vem a angústia. Eu tenho que usar meu telefone particular, gastar meus créditos, para fazer um serviço que é de minha obrigação, mas não é de minha obrigação usar o meu aparelho particular. Aí vem a chateação. Eu gosto de fazer o meu trabalho da forma mais correta, mas porque tenho que ser abusada, porque isso é um abuso do profissional. Eu considero um abuso. E aí esses percalços que acontecem é que deixa a gente chateada. Eu tenho prazer, quando consigo resolver, porém passei por aquele sofrimento de ter que sofrer esse abuso, por ter que resolver aquele problema dele. (E7).

Entendemos que a interação da equipe com a coordenação e com os colegas favorece o envolvimento e o comprometimento de todos com a qualidade da assistência prestada, minimizando o desgaste, o sofrimento psíquico, os riscos para TMC e o adoecimento no trabalho. Isto se mostra necessário, para reduzir os conflitos existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A falta de condições de trabalho à qual estão expostas as trabalhadoras na maioria dos hospitais públicos, como carência de recursos humanos, de equipamentos e materiais, gera sobrecarga e põe em risco o cuidado aos pacientes, além de exigir mais dispêndio de energia para a realização das tarefas diárias. Os aspectos objetivos do trabalho precisam ser organizados em benefício das trabalhadoras, para atuarem com qualidade e mais facilidade e poderem visualizar seu desempenho junto aos pares e aos superiores. Nesta perspectiva, a revisão do processo de trabalho é fundamental para a redução do sofrimento no trabalho.

As trabalhadoras de enfermagem devem proporcionar um controle necessário do ambiente de trabalho, dos equipamentos e dos integrantes da equipe de enfermagem, zelando pelo bem-estar da equipe e do paciente, respeitando o direito do paciente, advogando por ele, assegurando o respeito às suas necessidades, além de prestarem o

cuidado humanizado. Alguns autores, a exemplo de Deslandes (2004) e Leite e Strong (2006), questionam essa humanização: O cuidado sempre foi humanizado? Só para o paciente? e a trabalhadora?

Deslandes (2004, p. 13) questiona, em relação ao cuidado humanizado, referindo que “Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”. A noção de humanização “Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes” (DESLANDES, 2004, p. 8). Essa autora conclui que humanizar a assistência “[...] diz respeito às condições estruturais de trabalho desse profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho” (DESLANDES, 2004, p. 13). Para Leite e Strong (2006), a humanização hospitalar não deve ser confundida com adoção de medidas para a solução de problemas específicos organizacionais. Deve, sim, considerar a fragilidade e a instabilidade que o ser humano passa durante o processo de internação. O ser humano, no contexto organizacional, durante o processo de internação, traz consigo uma história com valores culturais. Num momento de fragilidade, afasta-se do seu cotidiano e passa a vivenciar regras e rotinas das instituições, que lhe são impostas, obrigando-o a cumpri-las (LEITE; STRONG, 2006).

No SUS, o PNHAH tem como foco buscar estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e paciente, além de “[...] aprimorar as relações entre profissionais, entre pacientes e profissionais (campo das interações face a face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições” (BRASIL, 2001a, p. 2).

Dessa forma, entendemos que as trabalhadoras de enfermagem devem buscar maior engajamento e articulação, para que tenham condições de transformar e adaptar a sua rotina, para evitar o adoecimento e a morte. Devem, ainda, buscar formas de proteger sua saúde física e mental, minimizando o sofrimento, buscando prazer no trabalho, por meio de estratégias de enfrentamento individual ou coletivas.

Lunardi Filho (1995), na pesquisa realizada sobre prazer e sofrimento no trabalho, constatou sentimentos de prazer associados ao trabalho em equipe, à convivência profissional pautada no respeito e na compreensão. No tocante ao sofrimento, encontrou a falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, os conflitos entre os profissionais, comentários pejorativos de outros profissionais, pacientes e familiares.

No nosso estudo, o reconhecimento, que agrega prazer ao trabalho desenvolvido, para as depoentes, vem do paciente e da família. Para a maior parte das entrevistadas deste estudo, não há uma expectativa de reconhecimento por parte de outras enfermeiras, dos médicos ou

de outros profissionais. O prazer no trabalho é a recuperação desses pacientes, receberem alta da UTI, uma cirurgia bem-sucedida, conseguir vaga para que seja atendido na UTI, maternidade, UTI de neonatologia, e unidades de internação, além de fazer os procedimentos solicitados.

O reconhecimento do paciente, principalmente na hora de sair. Tudo que você faz é obrigação; o reconhecimento que a gente tem é esse: ver o paciente bem, que realmente ele foi curado. (T4).

Me dá prazer é ver o paciente chegar grave, com altas doses de drogas, sedação e drogas vasoativas, e ele ir melhorando a cada dia, muitas vezes sair de alta e sair bem, voltar depois para falar com a gente, se despedir. Olhe, subi e fiquei bem, e estou indo embora para casa. Vim aqui agradecer a vocês. (E2).

O reconhecimento da profissão não me dá sofrimento. Aqui eu vejo o reconhecimento pelos familiares e pacientes. Eu dificilmente vejo um comentário negativo da equipe de enfermagem. Pelo contrário, a gente recebe até elogios, recebe carta... Então, assim, eu não presenciei nada para dizer poxaaaaa... é sim acho que é porque é uma unidade fechada, uma quantidade de leitos, a gente tem uma assistência, e a família acaba percebendo. É diferente de uma enfermaria que tem 40, 50 leitos e poucos técnicos e enfermeiros para dar a assistência toda... aí realmente vai haver crítica. Então eu percebo diferença. Aqueles que saíram daqui [os pacientes] e foram para enfermaria: Poxa estou sentindo falta de lá porque é diferente. (E3).

A intervenção nos conflitos, segundo N. Oliveira *et al.* (2013), é uma importante ferramenta, contribuindo não apenas para a humanização da assistência hospitalar, mas também para o fortalecimento de uma estrutura de suporte social nesse ambiente. O paciente deve ser considerado e atendido em sua dimensão biológica, sociológica, psicológica, filosófica e teológica. Para isso, a visão holística é fundamental. No trabalho em enfermagem, os conflitos, a rotina e as tarefas não variam. Além disso, o tempo é cronometrado. Principalmente no ambiente hospitalar, para a equipe de enfermagem, inúmeros são os procedimentos – banho, medicação, encaminhar o paciente para exames, curativos, alimentação – e as intercorrências diárias durante o período trabalhado. Aliado a todo esse contexto, existe a pressão por alta hospitalar, vagas para UTI, emergência, internação e transferências, além de cobrança por produtividade. Todos esses entraves implicam em desgaste de energia para vencer os obstáculos, os conflitos, e enfrentar com prazer as situações adversas do trabalho prescrito.

Profissionalmente o que faço para me ajudar é a terapia. (E12).

A insatisfação é mesmo a nível de frustração mesmo, porque a gente tenta fazer as coisas, mas encontra barreiras. Muita burocracia, para que nosso trabalho seja bem realizado. (T8).

Saí da enfermaria e fui para outro setor. Na teoria, eu não tenho bem certeza, é um ambiente menos estressante, com menos demandas de ação imediata, e aí espero ficar bem e até, de repente, voltar para cá, para ficar com minhas fofas, que eu amo [risada]. (E11).

É no interagir com as diversas equipes que aparecem e conflitos de interesse [...] e você tentar ser justo com todo mundo, tentar [...] que o paciente faça o procedimento dele, que é o objetivo dele aqui, tentar fazer com que os técnicos trabalhem e que um não trabalhe mais do que o outro e até na relação da gente com as enfermeiras também [...] isso precisa ser meio que apaziguado o tempo todo, porque também é um setor que permite que a pessoa trabalhe com empenho, quando ela tem um objetivo, quando ela vislumbra um objetivo com isso. E eu acho muito difícil é o número de fluxo que aqui tem. E então o conflito de interesse se torna mais evidente, tipo temos profissionais concursados e terceirizados. (E5).

A prevenção do adoecimento tanto físico como mental é fundamental para o trabalhador, porque ele enfrenta diversos desafios e situações de estresse que também exigem cuidados. A saúde da trabalhadora e esta relação trabalho e processo saúde/doença dá-se no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Pela Portaria nº 1.679 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde dos Trabalhadores (RENAST). Esta portaria determinou a elaboração, por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, de um Plano Estadual de Saúde dos Trabalhadores e criou rede de centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST). Cardoso e Araújo (2016, p. 10) ponderam que “[...] apesar de mais de 20 anos de implantação das políticas públicas do SUS, o trabalho ainda não é comumente reconhecido como fator determinante no adoecimento”.

Até que aqui não tem muito desgaste, porque não trabalhamos na assistência com banho, peso, mas, mesmo assim, tem muitas colegas com muita comorbidade, muito atestado. Agora mesmo, as colegas estão aposentando e não estão repondo, e algumas técnicas têm problema de saúde, e [isto] está sobrecarregando a enfermeira daqui. Ela tem limitação, e o que estressa mais é, às vezes, os médicos. (T3).

No nosso estudo, as trabalhadoras de enfermagem em geral são jovens, com predomínio de escolaridade de nível superior, muitas admitidas com nível médio de escolaridade (técnicas de enfermagem), o que fortalece a precarização do trabalhador. Esses contratos terceirizados são precários, e as trabalhadoras são admitidas com baixos salários, maior carga horária, podem acumular o vínculo estatutário com o terceirizado, o que gera acumulação de duas jornadas, ocorrendo maior risco para o adoecimento físico e mental. Alguns trabalham doentes, por receio de serem demitidas se apresentarem atestado médico e ficarem afastadas. Sem emprego e sem experiência, como precisam ser inseridas no mercado de trabalho, acabam aceitando baixos salários e jornada de trabalho extensa, mas referem

sentir prazer em realizar o trabalho. Entretanto, as condições externas lhes trazem sofrimento. Sobre a relação trabalho/organismo, Dejours, Dessors e Desrlaux (1993, p. 100) avaliam:

A Fisiologia nos ensina que o organismo não é um estado invariável, mas em perpétuo desequilíbrio, seguido, graças aos dispositivos de regulação, de um retorno ao equilíbrio. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves, mas pode, também, constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento.

Transformações do trabalho e das empresas, cuja organização tem se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, costumam explicar a origem multifatorial e a alta prevalência de adoecimento psíquico e físico. Isto pode ser um agravo importante e compromete a relação com a qualidade da assistência de enfermagem e a qualidade de vida do trabalhador. Com isso, os trabalhadores acabam por buscar meios de compensar o sofrimento, tornando-se funcionários resistentes e adotando posturas defensivas. Optam por atestados, licenças médicas ou mesmo faltas não justificadas, com geração de alto absenteísmo, adoecimento, dor e frustração. Os fatores de risco para o adoecimento físico estão associados ao uso de força excessiva nos procedimentos, repouso insuficiente, falta de condicionamento físico. Os fatores psicossociais ligados à profissão, a exemplo de satisfação profissional e relacionamento interpessoal, tendem a minimizar o aparecimento dessas alterações orgânicas, enquanto o estresse, a depressão e a ansiedade estão relacionados à maior frequência de desenvolvimento de algumas doenças, como os DORT (MAENO *et al.*, 2006).

Nosso trabalho é rotineiro, é cansativo, mas também tem os seus prazeres. É a evolução do paciente, você participar dessa evolução é gratificante. Em relação ao corpo que adoeece, apesar de pouco tempo na profissão, já sinto. (T9).

Tenho quatro anos de formada, tenho condromalácia no joelho e já comecei a sentir minha coluna [...] por conta que tem muitos pacientes obesos. (E9).

O fato de ficar em dois vínculos piorou minha saúde. Desenvolvi hipertensão, hérnias e o diagnóstico de fibromialgia. Eu sentia dores no corpo todo. Essas questões trouxeram sofrimento indiretamente pelo trabalho, mas não pela profissão, mas pelo acúmulo de atividades. Para a gente que é enfermeira, o ideal é que tenha um vínculo só, porque a gente trabalha com tantas peculiaridades que desgastam a gente física e emocionalmente. O ideal era que fosse apenas um emprego. (E8).

O corpo sente a carga horária. Eu tenho dor de cabeça. Eu tenho insônia, meu sono realmente é bem prejudicado hoje. Às vezes eu acordo duas horas, volto a dormir de novo, acordo quatro horas, volto a dormir. Tem as questões estomacais, porque estou sempre comendo na rua, como rápido. Enfim, existe uma consequência dessa sobrecarga. (E1).

Dores de coluna e dores de joelho eu sempre tenho, mas também é por conta da idade. Dá para aguentar, para suportar. Falta algum tempo para aposentar, e eu

espero aguentar, mas tenho muitas colegas com adoecimento psicológico e somático, e acometimento físico. (T8).

No trabalho de enfermagem, o labor é ininterrupto, com o propósito de assistir o paciente, essas trabalhadoras estão expostas constantemente a diversos riscos, como acidentes de trabalho e doenças profissionais. Assim, são fundamentais medidas organizacionais que protejam a saúde dessas trabalhadoras, evitando sobrecarga laboral, fator que contribui para a exaustão física e psíquica. As exigências organizacionais têm em vista a qualidade do atendimento, porém a contenção de despesas imposta a todos os ramos da sociedade interfere no dimensionamento do quadro de pessoal das instituições (LIMA; BIENSFELD, 2003).

5.2.2 Categoria 2: Organização e processo de trabalho de enfermagem no contexto do hospital

As organizações existem para produzir. Elas são compostas de pessoas, estruturas físicas, recursos materiais e tecnológicos. Seu objetivo principal é atender às necessidades e à satisfação das pessoas com produtos e serviços de qualidade, para fins lucrativos ou não (FELLI; PEDUZZI, 2005). Os modelos organizacionais de trabalho que desenvolvem uma gestão participativa propiciam uma assistência integral, harmonizada e humanizada com maior visibilidade do profissional. Também possibilitam maior prazer no trabalho, o trabalho criativo, com interação, autonomia, respeito mútuo, confiança e reconhecimento da função de cada profissional.

Dejours (1987) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade. Dejours e Abdoucheli (1990) consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações. Assim, na dinâmica do trabalho, existem fatores específicos da organização do trabalho, nos quais as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho são fundamentais na determinação ou não do prazer e sofrimento no trabalho (MENDES, 1995).

Para Dejours (1992, p. 10): “[...] quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patogênico.” Desse modo, para esse autor, a organização do trabalho colabora para o sofrimento psíquico do trabalhador, isto é, podem ocorrer vivências de sofrimento no trabalho, que se expressam por meio dos sintomas.

As organizações de saúde atuam prevenindo, curando e reabilitando indivíduos que precisam de cuidados físicos, sociais ou psíquicos. Elas têm estrutura própria e organizam-se de formas diferentes: hospitais, clínicas e unidades básicas (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005). O Hospital tem como finalidade restaurar e promover a saúde, formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência à comunidade com padrão técnico de qualidade e humanizado. No modelo de gestão, é necessário o uso de recursos contemporâneos nas áreas de planejamento, organização institucional, instrumentos operacionais e avaliação do desempenho organizacional (KURCGANT; MASSAROLLO, 2005).

Em uma pesquisa realizada na região Sudeste, em 2010, com gestores de instituições de saúde brasileiras – dois gestores de hospitais privados de referência nacional pela qualidade da assistência, e três gestores das esferas do SUS (municipal, estadual e nacional) – observou-se consenso entre os participantes em relação à carência de profissionais preparados para atuar como gestores no SUS. Identificaram como origem desse problema, a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nessa área (LORENZETTI *et al.*, 2014b). Para Lorenzetti *et al.* (2014b, p. 418):

[...] o hospital é percebido como um dos mais impermeáveis à mudança, devido ao baixo grau de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação dos usuários aos serviços e pouco governo dos gestores para atuar sobre as corporações.

Os hospitais tiveram fortes influências da Teoria Geral da Administração, principalmente de Taylor e Fayol. Para a organização do serviço hospitalar, é necessário planejamento e coordenação. Para isso, é imprescindível a escolha do gestor, os recursos humanos, materiais e tecnológicos e o organograma (LIMA; BINSFELD, 2003). O hospital, especificamente o público, é um sistema complexo e abarca várias categorias profissionais, várias especializações. Cecílio (1997) faz uma crítica a esse modelo verticalizado na gestão hospitalar e refere a importância da gestão participativa e a existência de uma resistência de médicos que ele denominou de “passiva”. “No caso das enfermeiras, a resistência é mais ativa traduzida em processos de discussões fechadas com o Conselho e a Associação da profissão para debates no hospital e outras atitudes que tentam boicotar as propostas encaminhadas pela alta direção.” (CECÍLIO, 1997, p. 40). No hospital, as trabalhadoras de enfermagem obedecem a, pelo menos, duas ou três linhas de autoridade, a gerente ou diretora de enfermagem, as coordenadoras, assim como de vários médicos responsáveis pelos diferentes pacientes (LIMA; BIENSFELD, 2003).

No planejamento do trabalho, quem planeja defronta-se com as aspirações individuais, com as diferenças, a subjetividade do trabalhador, a cultura organizacional, a comunicação entre gestores e trabalhadores. Isso exige de quem gerencia habilidades que facilitem o aspecto subjetivo do comportamento humano, levando em consideração as expectativas, a individualidade, a potencialidade do outro de lidar com o poder, com a tomada de decisões e o controle. Esses fatores podem colaborar positiva ou negativamente no cotidiano do trabalho (DEJOUR, 1992).

Os sentimentos em relação ao trabalho é que às vezes eu me indigno com as situações e acabo sofrendo por isso. E as meninas que me conhecem falam [...] aqui não é assim. A senhora tem que ver. Olhe, eu vou fazer a minha parte o melhor dentro da estrutura que tenho, mas aí você depende de outras pessoas para seu trabalho se desenvolver e você sente aquela dificuldade. No serviço público, depende muita da gerência. Agora eu acho que tenho mais maturidade para enfrentar isso, mas eu ainda me indigno com as situações. (E8).

Sobre o sofrimento no trabalho, o contato com a coordenação médica, abuso de poder, preconceito no momento e está muito ligado àquilo que eu estou percebendo aqui e está me causando incômodo, me deixando triste. Sim, quando entrei aqui no setor, eu não tinha percebido isso. Fui muito bem aceita, muito bem recebida pela coordenação, pelos colegas, todo mundo. Mas está existindo claramente esse tipo de abuso. (T1).

Concordamos com Christovam, Porto e Oliveira (2012, p. 735), ao argumentarem que o processo de trabalho da enfermeira envolve o cuidar (ações de cuidado direto), atividades relacionadas a procedimentos de maior complexidade e o administrar (ações de cuidado indireto), isto é, as ações da enfermeira, na prática, voltam-se à coordenação do processo de trabalho do cuidado de enfermagem, à saúde e à gestão dos serviços de saúde.

Para Bessa Jorge *et al.* (2015, p. 254), o gerenciamento do cuidado “[...] é composto de três dimensões: a profissional (cuidar, tratar); a organizacional (prevenir, recuperar e promover); e a sistêmica (produzir saúde)”. As trabalhadoras de enfermagem precisam entender que gerenciar é realizar a previsão, a manutenção e o controle de recursos materiais e humanos para um bom funcionamento do serviço. Felli e Peduzzi (2005) entendem que o gerenciamento do cuidado é o planejamento, a execução ou delegação de ações, visando a efetividade do serviço prestado. O planejamento do cuidado é bem direcionado para a enfermeira. Isso ocorre em função da divisão social e técnica do trabalho. Esses autores sintetizam o processo de trabalho gerencial em enfermagem em assistencial e gerenciamento. Quanto ao primeiro, afirmam que visa o atendimento das necessidades de saúde, com a finalidade de atender integralmente à saúde; já o gerenciamento, visa obter condições adequadas de assistência e de trabalho.

Tinha uma enfermeira só para dar conta de tanto paciente, trinta e dois leitos, então uma das coisas que me deixa triste aqui você que gosta do trabalho e gosta do que faz e quer fazer bem feito, mas não tem como você fazer. Então a gente prioriza o paciente e faz tudo do paciente, mas, às vezes, você esquece de registrar alguma coisa que vai ser lá na frente, vai ser uma coisa que vai lhe proteger de alguma coisa, como já aconteceram algumas situações de emergência, e você ir e acabar saindo e esquecendo de escrever, e você ser questionada porque você não fez. (E9).

Para a organização do trabalho, a equipe de enfermagem precisa de ferramentas, como habilidades e conhecimento. Estudos realizados referem que os modelos tradicionais, como o taylorismo, são ainda seguidos no trabalho de enfermagem baseados no controle, na submissão e na obediência às normas e aos padrões (PIRES, 1996; SANNA, 2007). Embora o trabalho dessa trabalhadora seja assistencial e gerencial, elas acham que o trabalho em enfermagem está apenas direcionado para o cuidado e que outras atividades tiram o foco do que é o cuidado direto ao paciente. Na nossa pesquisa, os relatos mostraram o prazer na profissão direcionado ao cuidado e indicaram os serviços burocráticos como entraves no trabalho da enfermeira. O trabalho burocrático foi referido em muitas falas da nossa pesquisa como um impedimento para a realização da assistência e do cuidado.

A enfermagem é sempre sobrecarregada. A gente fica responsável, por tudo, procura a enfermeira e liga para tudo, para resolver problemas de manutenção, isso aí é um ponto chato. Em determinado horário, tem um enfermeiro de referência que dá um apoio, mas, na maioria das vezes, é a gente mesmo que tem que resolver parar a assistência para resolver os problemas burocráticos. É desgaste e a cobrança é para a gente [...] e quando acaba esquecendo alguma coisa “olhe não anotou, tem que lançar na ocorrência”. (E3).

Eu gosto de trabalhar com gente, de interagir, de sentir útil, mesmo que você dê uma orientação, que aquela orientação sirva para melhorar o estado da pessoa, mesmo que a pessoa esteja com a saúde bem abalada. Mas aí, uma palavra sua, a pessoa lhe dá um sorriso. Eu estava trabalhando no [...] mas aí o braço está todos os dois [...] mas eu gostava muito de trabalhar lá. Não estava diretamente na assistência, mas eu me sentia muito produtiva. O trabalho em si, hoje, eu falo, é papel não é gente [...] e isso me deprime entendeu? (T7).

O modelo de gestão utilizado no hospital público, geral e de grande porte estudado, é hierarquizado. Predomina a divisão de tarefas, principalmente de nível médio, sem autonomia, com controle de horário para realização das tarefas, sem pausa, seguindo normas e rotinas pré-estabelecidas. No nosso estudo, as trabalhadoras referiram, sobre o cotidiano do trabalho, que o tempo para realizar as tarefas era insuficiente, as tarefas não variavam, a carga horária era extensa e o local para descanso, precário, e possuíam duplo e às vezes triplo vínculo. Não existia pausa prescrita; elas realizavam pausa para tomar um cafezinho ou no horário do almoço, para aquelas que estavam de MT ou SD. A pesquisa realizada por Araújo-dos-Santos *et al.* (2018, p. 6), sobre a precarização do trabalho em Enfermagem nos hospitais públicos

estaduais, em Salvador, Bahia, refere, em relação ao descanso da equipe de enfermagem: “[...] registra-se também que não existe definição de período e local de descanso nos hospitais pesquisados, o que pode gerar maior desgaste da força de trabalho da enfermeira, mesmo que a jornada diária não ultrapasse o limite estabelecido no contrato de trabalho.”

A Diretoria de Enfermagem do hospital estudado gerencia trabalhadores de quatro vínculos empregatícios: SESAB, FESF, IGH e Fundação José Silveira. O gerenciamento das unidades segue a rigidez de horário, mas são permitidas as trocas. O plantão pode ser de 12 ou de 24 horas, e as escalas diárias são realizadas pela coordenação ou enfermeira de referência. Cada unidade possui de 20 a 25 leitos, podendo exceder em função de demandas da emergência, CC e UTIs. Nessa divisão de tarefas prescritas diariamente, existe uma separação: as técnicas de enfermagem dividem-se no cuidado prestado – uma parte fica com cuidados higiênicos, e a outra fica com a medicação e o controle de dados vitais – e as enfermeiras seguem o mesmo modelo, ficando uma na assistência e outra na burocracia (aprazar prescrições, verificar pendências, encaminhar pacientes para os exames, cobrar resultados de exames, solicitar consertos para engenharia, clínica e manutenção). Quando ocorre um plantão, em uma unidade de internação, apenas com uma enfermeira, esta assume a assistência e a parte burocrática, fato que propicia a fadiga física e/ou psíquica em função da sobrecarga de trabalho.

Na nossa pesquisa, o item dos questionários não identificava duplo vínculo, quando solicitávamos a carga horária semanal, porém as trabalhadoras referiam de maneira informal que tinham duplo vínculo no próprio hospital, como terceirizadas e concursadas, ou dois vínculos terceirizados no mesmo hospital. O vínculo predominante foi o estatutário. Esse duplo vínculo das estatutárias ou a rotatividade das terceirizadas repercute de forma negativa, pois a carga horária extensa reflete-se no sono, colabora para o estresse e o esgotamento físico e mental. Na pesquisa realizada por M. Vieira *et al.* (2016), com enfermeiros e técnicos de enfermagem de hospital universitário de grande porte, situado no município do Rio de Janeiro, os profissionais em regime precário mantinham-se no trabalho, mesmo com a saúde debilitada, evidenciando-se sentimentos como medo, insegurança e ameaças de punição.

Sou concursada e, no outro vínculo, terceirizado, no mesmo hospital, eu sou da UTI [Unidade de Terapia Intensiva] Geral e da UTI cirúrgica. Esta é um pouquinho pior, porque tem paciente complicado de transplante. (E2).

Nesses dois vínculos terceirizados, é o primeiro emprego. Estou há um ano, escala de MT [manhã e tarde] e SN [serviço noturno], uma carga horária semanal de mais ou menos 80 horas. Me sinto disposta, realizada. Venho trabalhar bem disposta, volto para casa, venho trabalhar no outro dia bem, mas percebo que pessoas que

estão há um tempo aqui, as colegas que estão mais de três anos, estão desmotivadas [...] aí eu não sei se é o tempo de trabalho nessa unidade fechada ou outras coisas [...] eu tenho insônia, em função desse horário. Estou de noite, tenho que dormir de dia, e isso atrapalha [risada] além da carga horária que é puxada. (E3).

Esse modelo reforça a alienação das trabalhadoras (DEJOURS, 1992). Por ser um trabalho fragmentado, dificulta a subjetividade e a criatividade dessas trabalhadoras, num modelo que promove sofrimento no trabalho realizado (LORENZETTI *et al.*, 2014b). Na pesquisa realizada por Mascarenhas *et al.* (2019), em Salvador, os participantes foram 24 sujeitos, dez enfermeiras vinculadas ao curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do estado da Bahia, que trabalhavam em Unidade Básica de Saúde (UBS) e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): sete docentes e sete discentes. O objetivo dessa pesquisa foi analisar o processo de trabalho da enfermeira. Os resultados mostraram que, na percepção das participantes, as atividades assistenciais da enfermeira resumiam-se à execução de procedimentos técnicos, e o trabalho gerencial foi percebido como um obstáculo. O modelo gerencial adotado pela organização impacta diretamente no tipo de planejamento realizado. Esse processo deve ser contínuo e aberto às mudanças, além de atender à realidade vivenciada, envolvendo todos os profissionais de enfermagem (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005).

As competências gerenciais da enfermeira, instituídas pela Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955 (BRASIL, 1955b), que regula o Exercício da Enfermagem Profissional, envolvem as seguintes ações: direção, chefia, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem das instituições públicas e privadas em qualquer esfera. Assim, é preciso manter o diálogo com todos os envolvidos: técnicas de enfermagem, pacientes, famílias e a comunidade (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005). “[...] o erro pode ser fatal para nós ou para outros envolvidos na situação e boa parte dos erros que cometemos nos processos decisórios ocorrem devido a falhas de informação ou de formação” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005, p. 37). O planejamento da assistência envolve a tomada de decisões, fator que gera conflitos, e problemas éticos. Esses fatores podem assegurar tanto o prazer como o sofrimento no trabalho da enfermeira.

Eu aumentei o meu campo de conhecimento. Eu me tornei uma profissional com uma visão ampliada e consigo mesmo, com todas essas tecnologias, consigo ver [...] o quanto dentro da minha área enfermagem, inversamente proporcional, há um desenvolvimento tecnológico de alta velocidade, com resultados excelentes, mas que a qualidade da assistência de enfermagem está completamente em sentido oposto. Quanto mais recurso temos, mais o paciente, ele é, é sofrido por falta da assistência de enfermagem qualificada. Então, questiono a todos que lido diariamente: Aonde vai parar a enfermagem? Porque essa quantidade de academias que foram colocadas,

só para certificação, e quando os enfermeiros são colocados no campo, aí dá para ver o grande déficit de condições, de realmente prestar uma assistência adequada, decente, holística ao nosso paciente. Então o que é que ocorre? Além disso, como está encharcado o mercado, as colegas enfermeiras se submetem a receber seus honorários muito inferior até a quem não conseguiu nem cursar uma faculdade. Isso é muito triste e me deixa extremamente decepcionada, porque estou vendo, em pleno século XXI, os pacientes abrindo em lesões por falta de cuidados. Então, eu lido com isso diariamente. Onde o celeiro de lesões que a gente percebe, identifica, sinaliza os cuidados não saem do papel. Então, assim, minha tristeza. Hoje, o que me deixa triste, o que me faz sofrer, é lidar e estar dentro desse contexto, no qual eu não concordo. Eu grito por um socorro e não tem um retorno. (E6).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ferramenta necessária para gerenciar o cuidado de enfermagem e utilizada no processo de trabalho, é privativa das enfermeiras (TANNURE; GONÇALVES, 2008). As enfermeiras participantes desta pesquisa referiram o excesso de burocracia, que se expressa em ações, como solicitar marcação de exames, conserto de equipamentos, materiais, registro em ocorrência. Entendemos que a atividade assistencial e a burocrática complementam-se no gerenciamento do cuidado.

Para Ide e Domenico (2001, p. 160), a enfermeira tem como competência o “[...] gerenciamento do processo de cuidar e como instrumentos: a SAE, a mediação das relações profissionais e a representação da sua equipe junto às esferas de gestão”. Alguns fatores dificultam o processo, como a falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem, insuficiência do número de enfermeiros nos serviços, baixo envolvimento com o processo, e falta de valorização por parte da própria administração da instituição.

A SAE contribui para a individualização do cuidado de saúde ao paciente, organiza o cotidiano da equipe de enfermagem e contribui para maior resolutividade das necessidades do paciente. Para a enfermeira, aplicar seus conhecimentos na melhoria da qualidade do serviço prestado, pode contribuir para o reconhecimento profissional, além de fortalecer a qualidade do cuidado prestado (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Segundo Tannure e Gonçalves (2008), o processo de enfermagem é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente. Ele é composto por etapas que devem ser previamente estabelecidas, tais como: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados. Para Menezes, Priel e Pereira (2011, p. 956): “[...] para a enfermeira realizar o processo de enfermagem, é necessário assumir o compromisso com sua aplicação na prática e a responsabilidade em executar suas etapas, orientar a equipe, aprimorar e atualizar seus conhecimentos.” Por isso, segundo essas autoras, a SAE é um instrumento de trabalho que projeta a enfermeira na assistência, ao padronizar suas ações, ressaltando a importância dos preceitos éticos e legais.

Essa intervenção atende aos processos de necessidade de grupos específicos, como família e comunidade, visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o monitoramento e a reabilitação. Deve pautar-se em uma abordagem integral, contemplando os aspectos biológicos, sociais, emocionais e subjetivos, e o perfil socioepidemiológico do indivíduo (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011). Durante a consulta de enfermagem, há a possibilidade de intervenção, com certa autonomia para a enfermeira, com o envolvimento da equipe de enfermagem, visando uma abordagem qualificada e atendendo as necessidades dos pacientes.

É gratificante você ir atender os pacientes, ver as necessidades, as lesões, e tentar trabalhar para que tudo dê certo para os pacientes. O sofrimento que a gente tem e sempre compartilha com as colegas é somente o fazer depois que a gente fez, e a continuidade do nosso trabalho. E aí a gente vê que regride as lesões dos pacientes e a gente acaba se chateando. Na medida do possível, a gente busca se conter. Algumas exacerbam, mas esse sentimento de que a gente acha, assim, meu Deus, sair. Eu atendi, eu fiz o possível por esse paciente, não deram continuidade, voltou tudo ao que era ou piorou. Então o que é chato nesse trabalho, aí desgasta. (T6).

O trabalho da enfermeira é o gerenciamento do cuidado assistencial e burocrático. Hausmann e Peduzzi (2009, p. 259) referem que “[...] a prática profissional [das autoras] mostra que há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis na administração de enfermagem ou o inverso, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial”. Muitas atividades do cuidado são delegadas para as técnicas de enfermagem e, com isso, não ocorre o envolvimento dessas trabalhadoras no processo da SAE. Alves, Lopes e Bessa Jorge (2007, p. 650) referem que o “[...] Processo de Enfermagem tornou-se mais uma tarefa burocrática a ser cumprida [...]” e as enfermeiras parecem não acreditar no que fazem, o que é mais uma sobrecarga de trabalho.

Também em relação à formação das enfermeiras, durante esse processo, há dissociação entre as atividades de assistência e as de gerência. Para as técnicas de enfermagem, a formação é totalmente baseada em técnicas e procedimentos. Esses conflitos assistenciais e gerenciais das trabalhadoras vão promover o desgaste e o sofrimento psíquico. Um fator que chamou bastante atenção na nossa pesquisa foi a contratação de pessoas sem experiência, e a instituição não realizar treinamento do recém-contratado para assumir a escala. Com isso, a qualidade da assistência prestada ao paciente fica comprometida, colaborando para a insatisfação e o desgaste do trabalhador, além de risco para o paciente.

Aí chegam enfermeiros novos, tem que treinar. O pessoal fica, na fase de treinamento, meio que sombra, até pegar a rotina. Muitas vezes vem sem experiência em UTI, tem que aprender a rotina, estudar para ver algumas coisas que não conhecem e, para trabalhar com aquilo, o técnico também aí vem, fica de sombra. (E2).

Eu tenho um certo receio com relação a trabalhadoras terceirizadas no momento que o paciente precisar realmente de uma assistência, de um conhecimento mais apurado. Aí a gente fica, as coordenadoras tentando equilibrar a equipe, não colocar muita gente nova junto com pouca gente antiga, mas ela também tem as dificuldades dela. Eu, por exemplo, recém-chegada aqui, eu já tenho 12 anos de profissão, eu recém-chegada aqui, o paciente estava na transferência, onde a gente recepciona ele, e eu trouxe ele. Ele estava espumando, com salivação, aí eu olhei para ele, e ele perdendo os sentidos, quase desmaiando. Peguei ele e trouxe para a sala, pedi ao maqueiro para me ajudar e tal, e coloquei ele na sala e disse: Isso está parecendo hipoglicemia! Os dois residentes que estavam na sala não se atentaram, aí eu virei para a TE, pegue um glicosímetro para mim, por favor. Quando eu vi, estava com 35 de glicemia. Dependendo como a equipe conduza ou não isso, pode ser fatal para o paciente. (E5).

Paradoxalmente, o trabalho “[...] permite ao indivíduo alcançar competências, habilidades, desafios e satisfação de necessidades é um recurso para a individualização, uma forma para o indivíduo construir um significado de si mesmo, para si mesmo e para os outros” (BENDASSOLLI, 2011, p. 79). Bendassolli (2011) entende que a trabalhadora, nas suas atividades laborais, confronta-se com angústias existenciais preexistentes e com restrições estabelecidas, como a divisão de tarefas e o modo de gestão. As constantes mudanças na forma de organizar o trabalho no contexto mundial, com destaque para questões como desemprego, competitividade, intensificação do ritmo de trabalho e inserção informal do trabalho, além da flexibilização do modelo trabalhista, têm gerado inúmeras discussões a respeito da qualidade de vida do trabalhador (FELLI; TRONCHIN, 2005).

As trabalhadoras de enfermagem estão sempre preocupadas com o outro; elas não se percebem como doentes, e os fatores que podem contribuir para o adoecimento são a sobrecarga de trabalho, jornadas longas, condições precárias de recursos humanos e materiais. Uma maneira de as trabalhadoras de enfermagem sentirem-se representadas junto aos outros profissionais e aos gestores da instituição é uma atitude que fortalece o coletivo e transforma o trabalho patogênico, do trabalho real, em trabalho criativo (DEJOURS, 1992). A preocupação, os sentimentos de frustração e indignação contribuem para o desgaste, para o sofrimento e os riscos para TMC. Para Martins, Robazzi, Bobroff (2010, p. 1108), a satisfação encontrada no trabalho que contribuiu para desenvolver um sentimento de prazer, entre as trabalhadoras de enfermagem estudados em uma UTI, foi a ação de aliviar a dor, e de salvar vidas. Cuidar do paciente pode ser prazeroso, mas entender que o papel da enfermeira é assumir o gerenciamento das ações de enfermagem, como dimensionamento de pessoal, material, pode minimizar o sofrimento e levá-la a compartilhar o cuidado com a equipe.

A assistência prestada nas organizações sofre a interferência direta do déficit de trabalhadoras, do dimensionamento de pessoal de enfermagem. Adequar o quantitativo dessas

trabalhadoras significa maior custo para as organizações, além de gerar conflitos (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005). Fica evidente que o dimensionamento de pessoal é imprescindível e devem ser levados em consideração: a carga de trabalho da unidade (quantidade média de diária de pacientes, segundo o grau de dependência); o tempo médio de assistência de enfermagem; o índice de segurança técnica (para cobertura de ausências); e o tempo efetivo de trabalho (jornada de trabalho e proporção do tempo produtivo). Para as enfermeiras que lidam diariamente com questões relacionadas ao dimensionamento de pessoal, a qualidade desses trabalhadores e a capacitação deles são aspectos imprescindíveis para a prestação de assistência. Este pode ser um fator de sofrimento, à medida que a responsabilidade técnica é da enfermeira, a qual precisa garantir segurança, qualidade e competência na assistência prestada aos pacientes.

A reprodução do modelo biomédico, mecanicista, consoante Laselva, Moura Núnior e Reis (2003), não atende às necessidades dos pacientes, já que procedimentos e técnicas são importantes, mas não são suficientes numa perspectiva integral e humanizada. É imprescindível uma gestão reflexiva e participativa, impulsionada pela integralidade e universalidade à saúde, atendendo aos princípios do SUS. O crescente aumento do nível de informação dos pacientes cria uma expectativa na espera do cuidado centralizado, considerando a sua vivência e os valores da família e da comunidade, tendo participação nas decisões. Essa visão holística centralizada na pessoa é fundamental para o cuidado humanizado. Práticas mais qualificadas, com capacitação e atualização do profissional recém-admitido e daqueles que já fazem parte da organização, asseguram ao paciente um enfrentamento mais resolutivo durante a hospitalização. Espera-se das enfermeiras recém-admitidas a competência de

[...] prestar cuidado com segurança, respeito e zelo pelo cliente, habilidade no discurso com a equipe e com o paciente, ter conhecimento técnico-científico, capacidade de comunicação com a equipe, planejar e delegar as atividades, aceitar desafios e ser criativa(o), e princípios éticos. (LASELVA; MOURA JUNIOR; REIS, 2003, p. 155).

Um item relevante é a necessidade de capacitação dos profissionais, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005). Este item é necessário, para que os trabalhadores sintam-se seguros e aptos a prestar uma assistência com qualidade para o paciente. A capacitação dos profissionais recém-admitidos reforça a responsabilidade de supervisoras e enfermeiras assistenciais, cobrança da direção de enfermagem por treinamento dos profissionais no momento da admissão. O treinamento potencializa o conhecimento, é de curto prazo e possibilita novas habilidades e atitudes que

trazem benefício para o trabalhador, para o paciente e para a organização. A seleção criteriosa, no momento da admissão, evita perda de tempo em treinamento, retrabalho para uma nova admissão, custo para a empresa que contratou e queda na eficiência do setor (LASELVA; MOURA JUNIOR; REIS, 2003). Para os profissionais de saúde com maior tempo na instituição, os concursados, a aprendizagem para se manterem atualizados é fundamental no processo de trabalho.

E tem a questão da chefia também, que é um ponto de estresse. Tem muita cobrança e pouco retorno, não dá treinamento nem para os antigos, nem para os mais novos, e fica só cobrando. Cobra que você esteja atualizado, que você saiba, mas não oportuniza treinamento e reciclagem. Às vezes, focam muito nas cobranças que a diretoria repassa para eles, em relação a horários, trocas e faltas, mas não vê o lado do profissional; fica muito atrelado a essas cobranças. (E2).

Entendemos que a exigência de qualificação impulsiona a equipe e a organização, e os resultados obtidos vão ser significantes no cuidado e na assistência. Alves e Lopes (2007) entendem que é necessário reformular a capacitação dos profissionais de enfermagem. As mudanças tecnológicas são essenciais para minimizar erros, mas não substituem a assistência humanizada, a individualização do cuidado baseado na pessoa e não na doença. Desse modo, minimizar os riscos e os erros no cuidado prestado aos pacientes no cotidiano do trabalho evita a sobrecarga de trabalho, o desgaste e o adoecimento daquelas que estão trabalhando.

O avanço tecnológico e as novas formas de organização no serviço de enfermagem, como a implementação da sistematização da assistência, a informatização, a aplicação de instrumentos inovadores na gestão de pessoas da enfermagem, o cuidado integral e mesmo o planejamento estratégico são significativos, porém é necessário instituir uma gestão democrática, com a participação dos usuários e valorização dos trabalhadores, para minimizar as desigualdades e o desgaste do trabalhador (SOUSA *et al.*, 2017). Nesse sentido, a estrutura organizacional clássica, encontrada nas instituições hospitalares, é reproduzida pela enfermagem e produz efeitos negativos, que prejudicam a qualidade do serviço prestado e a relação usuário, família e comunidade. Os baixos salários também caracterizam a desvalorização da enfermagem, impondo aos trabalhadores a necessidade de dupla jornada de trabalho, motivadora de absenteísmos por problemas de saúde. O adoecimento no trabalho pode ser tanto físico quanto psíquico, advindo de carga pesada de trabalho, más condições de trabalho, cansaço emocional, assédio moral, racismo pressões organizacionais, entre outras (DEJOURS, 1992).

A gestão nos hospitais públicos busca a qualidade do atendimento. Para Lorenzetti *et al.* (2014b), nesse modelo atual de gestão hospitalar, ocorre o despreparo dos gestores, existe uma relação direta entre a rotatividade dos gestores e os processos eleitorais, dificultando muito a qualidade desses em função da rotatividade política. A gestão nos hospitais é realizada por médicos em 80% dos casos e, em 20%, por administradores. As enfermeiras são direcionadas para as áreas operacionais do cuidado ao paciente. O gestor precisa ter conhecimento sobre políticas públicas, planejamento, financiamento dos serviços. Existe uma cultura que qualquer pessoa pode ser gestor, porém são necessárias habilidades, conhecimento, articulação entre os demais profissionais e entre a equipe multidisciplinar. Para Lorenzetti *et al.* (2014b, p. 424), o que se vislumbra para a efetividade dos sistemas de saúde é uma governança única e integrada, dialogando com diversos setores, para garantir a resolutividade e a integralidade das ações, além da interação entre os profissionais, para garantir a qualidade resolutiva da assistência (LORENZETTI *et al.*, 2014b). Uma equipe comprometida com o trabalho coletivo e trabalhadores valorizados para minimizar os conflitos é o que se espera de uma gestão (LORENZETTI *et al.*, 2014b; MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Outro fato com o qual o gestor tem de lidar é a fragilização das relações de trabalho. Estas têm comprometido a dedicação dos trabalhadores, com a ampliação da rotatividade e a insatisfação profissional. Os trabalhadores possuem outros vínculos empregatícios, o que se traduz em sofrimento e insegurança, gerados pela instabilidade do emprego. Isso promove a rotatividade do trabalhador, e compromete a qualidade do trabalho, configurando-se como um fator de conflito nas relações interpessoais no âmbito da instituição. Para S. Alves *et al.* (2015, p. 3046):

A terceirização, considerada a principal dimensão da flexibilização, é uma forma especial de privatização que a Administração Pública utiliza para transferir parcialmente a responsabilidade da produção de alguns de seus serviços, pela contratação de terceiros para o desempenho de atividades-meio.

Desse modo, as condições precárias das unidades, de materiais, e de equipamentos destinados à assistência prestada é um problema encontrado pelos gestores e profissionais em suas atividades. Segundo Felli e Peduzzi (2005, p. 9), “[...] a gerência não está voltada apenas para a organização, o controle do processo de trabalho, mas na satisfação das necessidades de saúde da população, pacientes, e das trabalhadoras para prestar assistência com qualidade e segurança”.

5.2.3 Categoria 3: Relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho

Os aspectos relativos ao prazer e ao sofrimento, na realização desse trabalho, envolve as relações entre os profissionais e o trabalho em equipe. Nessas vinculações, diversos sentimentos podem florescer, como respeito, empatia, cooperação e laços de amizade, que refletem na interação entre os indivíduos ou nos conflitos gerados nesse ambiente, em função do autoritarismo, do poder, da falta de comunicação e da falta de comprometimento, despertando intriga e agressividade. Esses fatores vão influenciar em um ambiente de trabalho saudável ou não, comprometendo a saúde psíquica desse trabalhador (DEJOURS, 1992).

No ambiente hospitalar, o trabalho é coletivo e vários profissionais trabalham juntos, porém o serviço de enfermagem no hospital é ininterrupto. Ocorre todos os dias, em todos os horários, e as relações interprofissionais vivenciadas podem ou não ser desencadeadoras de prazer e/ou sofrimento no trabalho e afetar diretamente o relacionamento entre os profissionais. A enfermagem é cobrada por tudo. Pelos equipamentos que não funcionam, pelas interconsultas de outros profissionais, pela dieta que não veio, pelas prescrições médicas que não foram realizadas e pela falta de material que, por algum motivo, a gestão deixou de comprar ou não foi entregue e distribuído. As relações socioprofissionais são aquelas que se estabelecem com a hierarquia, com colegas, com a supervisão e com outros trabalhadores, e envolve comunicação satisfatória, disputas profissionais e falta de autonomia. Geram dispêndio de energia e promovem o prazer e/ou o sofrimento no trabalho, esgotamento e adoecimento do trabalhador (DEJOUR, 1992).

Para Araújo, Medeiros e Quental, (2016), o relacionamento pode ser facilitador ou dificultar as relações de trabalho. Em todo grupo de trabalho, existem pessoas que se relacionam com maior ou menor facilidade. É uma das características (ou competências) mais exigidas dos profissionais na atualidade, porém a realidade é o quanto é complexo lidar com pessoas. Cada trabalhadora tem sua história de vida profissional e familiar e reage de forma diferente às dificuldades das situações de trabalho. Os problemas no contexto do trabalho nascem de relações conflituosas, da falta de coesão e de motivação entre essas trabalhadoras, da falta de reconhecimento e de comunicação.

Um ambiente organizacional, um trabalho harmônico, com troca de saberes, vai proporcionar satisfação entre as trabalhadoras, porém, quanto maior o número de trabalhadores e de categorias profissionais, maior o número de desentendimentos e conflitos na organização. O gerenciamento organizacional é fundamental, porém sabemos que os

conflitos de interesse e de poder são fatores que vão refletir diretamente nos processos decisórios gerenciais. Conforme Ciampone e Kurcgant (2005), a percepção das pessoas sobre o conflito pode estar relacionada a algo destrutivo, o bem contra o mal, quebra de ordem. Alguns aspectos podem ser positivos, um momento de aprendizagem, crescimento, reflexão sobre a maneira de gerenciar, mudanças, negociação. Essa vivência pode modificar o tipo de gestão e tornar-se compartilhada.

Na pesquisa realizada, a Diretoria de enfermagem, com suas respectivas Supervisoras, responde a um número de unidades conforme descrito no organograma. Cada unidade assistencial tem uma coordenadora e uma enfermeira de referência, que assume, na ausência da coordenadora ou compartilha o serviço com as enfermeiras assistenciais. A Diretoria de enfermagem e as supervisoras de enfermagem foram extremamente formais no processo de comunicação com a pesquisadora. Já as coordenadoras e demais enfermeiras foram bastante cordiais e interessadas na pesquisa, colaborando com as informações necessárias. Um fato que chamou a atenção e que, em nenhum momento, as trabalhadoras referiram, foi sentirem-se pressionadas pela Chefia, o que pode justificar a ausência da chefia e a omissão em relação às situações que ocorrem no dia a dia. Isto pode ser consequência, segundo Spagnol (2002), do modelo de gestão que, quando rígido e verticalizado, faz com que os dirigentes, por exemplo a Diretora de Enfermagem, raramente tenha contato com os reais problemas ocorridos nos setores de trabalho. Os problemas são repassados pelas coordenadoras ou supervisoras, sem o contato direto com a equipe assistencial, embora, nos relatos, durante as entrevistas, tenham referido que as coordenadoras eram presentes.

A melhor maneira de motivar uma equipe é conhecendo as pessoas, ouvindo suas expectativas. Assim, cria-se um laço de empatia, uma boa relação interpessoal, com confiança, ajuda mútua e liderança, com competência gerencial. No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança. A liderança desse profissional é fundamental no conhecimento das necessidades dos pacientes; no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipe; e nos objetivos traçados pelo grupo (TREVIZAN *et al.*, 1998). O prazer no trabalho, explicitado nas entrevistas realizadas, é um fator importante para as trabalhadoras de enfermagem, e a motivação de se deslocar para o trabalho está relacionada ao trabalho em equipe.

O trabalho em equipe, o trabalho em enfermagem, é coletivo, é baseado na divisão. É exercido por vários profissionais, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, que são supervisionados pelas enfermeiras. Essas são supervisionadas por coordenadoras ou

supervisoras. Para Peduzzi e Ciampone (2005, p. 117): “[...] uma equipe usa habilidades, as competências e os recursos de todos os seus membros, planeja suas atividades, é sistêmico em seu processo decisório e de resolução de problemas e empenha-se para chegar à produtividade máxima.” A interação no trabalho, a disponibilidade em ajudar e a confiança entre as trabalhadoras de enfermagem são compartilhadas de forma espontânea, num enfrentamento capaz de minimizar o sofrimento. Existe uma consciência coletiva de que, para atingir as metas, o trabalho real, é necessário compartilhar objetivos comuns. A cumplicidade entre os membros da equipe para executar os procedimentos técnicos explicitamente ordenados é uma forma inconsciente de superar o trabalho prescrito e prestar a assistência com qualidade e humanizada ao paciente.

O relacionamento entre as colegas auxiliares e técnicas, para mim, é muito bom. Gosto muito de trabalhar em equipe, gosto muito do trabalho das meninas, das minhas colegas, das enfermeiras, que são parceiras né? Sempre que a gente precisa de um apoio, elas estão sempre disponíveis a nos ajudar. Eu não tenho dificuldade; não tenho o que falar da equipe. A equipe daqui é bem coesa, bem unida. Quando surge alguma situação, a gente discute e resolve aquele problema. Na minha opinião, não tem nenhum problema com essa equipe. (T8).

Nessa ala que eu trabalho, pela graça de Deus, a gente se ajuda, faz um esquema para que ninguém trabalhe demais ou de menos. Quando ocorre uma intercorrência, todo mundo se ajuda, vai ajudar o colega, a enfermeira também nos ajuda. (T9).

Na denominação “trabalho em equipe”, consoante Peduzzi e Ciampone (2005), os profissionais relacionam-se com vários profissionais num mesmo local, com os mesmos usuários, na mesma situação de trabalho, em que uma atividade técnica é responsabilidade de cada um. Entretanto, unem-se para se ajudarem mutuamente, dividir a força de trabalho, como uma forma de minimizar o sofrimento. Esses autores argumentam que

[...] a proposta do trabalho em equipe é introduzida na área da enfermagem precocemente, e esta consolidou-se apenas como discurso e não como prática dominante. O que vai permitir às pessoas permanecerem não são apenas as *performances* individuais, mas sim o viver junto, a convivialidade, a cooperação. (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p. 109).

Segundo Barros e Lancman (2016, p. 235), nos coletivos de trabalho, desenvolvem-se alguns processos:

Se existe um que não está bem os outros o ajudam e quando eu não estou bem, ao invés de me afastar do trabalho, eu venho por solidariedade aos outros. Eu venho, mas os outros sabem que eu estou doente e aceitam que os dias em que estou doente eu trabalhe menos intensamente então, hoje sou eu, amanhã é você.

Ressalta-se que as trabalhadoras entrevistadas declararam gostar de trabalhar no hospital, sentiam prazer por estar em um hospital de grande porte. O convívio com as colegas era o incentivo para não dar AM ou faltar ao trabalho. O que referiram como causa de seus sofrimentos era a falta de material e ser cobrada por essa ausência de insumos, o vínculo precarizado, trabalhar doente para não apresentar atestados. As pessoas que estão no plantão, as colegas que são consideradas parceiras e a presença das coordenadoras do setor minimizam o sofrimento e a angústia com a falta de material, com a falta de resolutividade dos demais profissionais, do próprio SUS, com a cobrança por produtividade, por leitos de internação.

Dentre outras atividades, o que me dá prazer é saber que estou ajudando a salvar vidas. Estou com muita cefaleia. Não fui no médico para não dar AM [Atestado Médico]. Estou aqui há pouco tempo. Sofrimento no trabalho é a falta de material, que são necessários no hospital, e minha carga horária de 240 horas mensais em escala de SD [serviço diurno] e o salário. (T11).

Todo mundo se ajuda e é o que tem de bom. O que acho ruim é a falta de insumos. É muita a falta de insumos e sobrecarrega a enfermagem, porque todo mundo vem cobrar da gente e, assim, a gente não tem culpa de nada, porque a gente tem que chegar aqui e achar tudo. (E9).

O relacionamento entre as colegas auxiliares e técnicas, para mim, é muito bom. Gosto muito de trabalhar em equipe, gosto muito do trabalho das meninas, das minhas colegas, das enfermeiras, que são parceiras né? Sempre que a gente precisa de um apoio, elas estão sempre disponíveis a nos ajudar. Eu não tenho dificuldade, não tenho o que falar da equipe. A equipe daqui é bem coesa, bem unida. Quando surge alguma situação, a gente discute e resolve aquele problema. Na minha opinião, não tem nenhum problema com essa equipe. (T8).

A coordenação do setor e as enfermeiras de referência também estão sempre presente, perguntando o que está faltando, cobrando dos outros o que é necessário, e cobrando também da gente o que é necessário. (T9).

No gerenciamento dos conflitos, a falta de confiança e os valores individuais às vezes são mais importantes do que os valores do grupo ou da organização. No processo gerencial, os gerentes vão vivenciar a hostilidade e a individualidade do trabalhador e cada um compartilha o seu ponto de vista. Esse fator dificulta muito o trabalho do gestor. Para Ciampone e Kurcgant (2005), os conflitos podem ser gerenciados de diferentes formas: por acomodação, que consiste no encobrimento dos problemas; pela dominação, quando a parte mais forte impõe sua solução preferida; pela barganha, na qual cada parte cede um pouco e a solução integrativa dos conflitos, que tem por finalidade satisfazer às exigências de ambas as partes, por meio da busca de soluções alternativas, exige a negociação, quebrando resistências; é possível negociar, separando pessoas e interesses individuais, e encontrar critérios que satisfaçam as partes envolvidas.

No serviço de enfermagem, são vários os conflitos vivenciados. A questão do poder médico é um exemplo. Às vezes ausente, esse profissional tem autonomia sobre o cuidado dispensado ao paciente e continua preservando o poder legal sobre o ato assistencial em saúde. Com isso, ocorre maior valorização e domínio dessa classe (AMESTOY *et al.*, 2014). Por isso, muitas vezes, a enfermeira é levado a solucionar problemas que não são de sua alçada, o que pode comprometer sua saúde mental e causar sofrimento no trabalho.

A questão médica é muito ausente e dificulta muito o nosso trabalho. O coordenador médico tem uma força muito grande, tem muito mais prestígio perante a diretoria, de cobrar, de conseguir as coisas, do que a coordenação de enfermagem. E quando ele está ausente, não vem aqui, não vê os problemas, ele fica por fora e acaba não cobrando dos médicos. Aí tem alguns médicos que vêm para o plantão, passa, visita com o diarista, olha o paciente muito rapidamente e vai descansar. Deita lá e só levanta três horas da tarde na hora que começa a visita para passar para os familiares. Aí toda intercorrência, você tem que ir lá, oh doutor, a pressão caiu, o que vai fazer; ou está sangrando ali toda hora, tem que chamar, não fica na ala, tomando conta dos pacientes. Toda hora que você precisa, você precisa chamar a equipe, que já é pequena. São dois enfermeiros para 10 pacientes e ainda toda hora você ter que sair da unidade, para poder estar se comunicando com o médico. É difícil! (E2).

A relação com a equipe de enfermagem, os gestores, é muito difícil, principalmente médicos. Acho que depois de uns seis anos se forma e fica achando que é melhor que a gente. Muitos tratam a gente como se fosse um empregado deles. Já aconteceu comigo. (T5).

O trabalho no hospital é complexo e contribui para a construção da identidade das trabalhadoras, porém o trabalhador perdeu o controle sobre os meios de produção, em função das especializações e do avanço tecnológico. Há o predomínio da tecnologia dura, perdendo a subjetividade do cuidado no trabalho hospitalar, e os médicos continuam assegurando sua autonomia (MERHY, 1997). Essa relação é conflitante e contribui para o retrocesso dos serviços de saúde. Estudo realizado por K. Silva *et al.* (2018), em Hospital de urgência e emergência com médicos e enfermeiras, demonstra que o relacionamento é conflitante em função da estrutura organizacional.

A. Oliveira *et al.* (2010) realizaram pesquisa em Goiás, com médicos do Hospital das Clínicas, e os achados indicam que não existe conflito entre eles e as trabalhadoras de enfermagem, embora tenha sido detectada a existência de fatores geradores de conflitos. Administradores de Hospital referem que, quando os médicos são donos dos estabelecimentos de saúde, eles interferem e participam de decisões diretamente (SILVA, K. *et al.*, 2018). A equipe médica controla o dia a dia dos pacientes e controla os profissionais. A equipe médica é a que sofre menor controle de horário, o que não ocorre com os demais profissionais. Esses

conflitos prejudicam a relação multidisciplinar e entre a própria equipe, causando prejuízo ao cuidado prestado.

Conflitos têm em todos os lugares, entre as equipes. Sempre existe cirurgião que opera e quer ir embora. O anestesista fica na retaguarda, porque ele sabe que a responsabilidade dele é muito grande. Geralmente eles são um pouco mais criteriosos, mas não é nem fazendo juízo de valor, porque é o interesse de cada equipe. O cirurgião quer operar e o anestesista sabe que vai assistir o paciente antes durante e depois, até ele deixar o paciente na UTI ou acordar o paciente. Ele sabe que é ele. Então, uma das coisas que aprendi nesses doze anos, é que a gente tem que tentar ser muito parceiro dessas equipes. Quanto melhor você faz o relacionamento interpessoal ser bom, melhor o serviço anda, as coisas fluem, menos não você toma. Porque você corre o risco de ter não do TE, do outro enfermeiro, não do médico. Então, quando você tem um relacionamento interpessoal bom, isso favorece você ter [...] em setor fechado, se você causar mais problema, pior para você. Não vais sair dali [...] muito boicote pode acontecer, seu plantão sempre vai acontecer tal coisa [...] isso ajuda a desenrolar o seu processo de trabalho. (E5).

O trabalho de enfermagem vem sendo desenvolvido com situações penosas, *bullying* e assédio. As trabalhadoras estão expostas a situações constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho. Tem crescido as transgressões à dignidade de trabalhadores negros, caracterizando o assédio moral por racismo no ambiente de trabalho. O assédio é relatado na nossa pesquisa por duas trabalhadoras no exercício de suas funções por chefes dos respectivos setores. O assédio no trabalho é caracterizado pela degradação das condições de trabalho, desestabilizando e fragilizando o trabalhador. O assédio moral passa também pela discriminação racial. Geralmente é de forma gradual e colabora para a perda da autoconfiança, prejudicando o desempenho das atividades laborais (BOBROFF; MARTINS, 2013). O assédio moral pode ocorrer de um superior para um subordinado ou entre colegas de mesmo nível hierárquico, ou mesmo de subordinados para um superior, caso mais difícil de ocorrer.

Para Dejours (1999), o assédio moral é uma violência individual; nasce entre aqueles que, incluídos dentro do mundo do trabalho, recusam as condições psíquicas encontradas, fragilizando-se psicologicamente e socialmente. A dominação simbólica, parte fundamental desse processo, pode ser descrita, como “[...] violência reacional como resposta à dominação simbólica”² (DEJOURS, 1999, p. 26, tradução nossa). Alkimin (2007) pondera que o assediante pode valer-se de várias formas para praticar o assédio moral, com o objetivo de humilhar, vexar, constranger, inferiorizar, afastar, rebaixar ou até excluir a vítima da organização do trabalho, assim como tratar com rigor excessivo, exigir tarefas inúteis, provocar um rebaixamento funcional e intimidar por meio de agressões verbais.

² “[...] *violence réactionnelle en réponse à la domination symbolique.*”

Sofri vários e vários assédios morais graves, situações vexatórias mesmo e, no final, eu saí como uma maluca da história. Hoje eu sou tratada como uma pessoa imbecil, como uma pessoa incapaz, e você fica tentando, como se você estivesse se afogando, sobe, emerge, submerge, emerge. Eu tenho, eu posso ter algumas falhas, até porque, se você está em um ambiente que está sempre posta em situações vexatórias, que está sempre errada, você comete falhas, até as falhas mais imbecis, que eu desenvolvi um bom trabalho, sim, e que eu tinha potencial. Independente do diagnóstico que eu tenha, eu posso desenvolver muito mais, porque era uma coisa que me dava prazer. (E10).

Racismo institucional, abuso de poder, preconceito no momento, são termos e está muito ligado àquilo que eu estou percebendo aqui. De que maneira você pode trabalhar com seu psíquico? Tem situações que talvez eu não possa resolver, e tem coisas que eu posso resolver. (T1).

A enfermeira é responsável pela equipe de enfermagem, que é composta de técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Ela delega várias atividades para essas trabalhadoras e cobra o resultado dessa assistência. Cobra também e de outras categorias, serviços de apoio, para atender demandas dos pacientes, como: exames, mudanças de dieta, medicação, entre outros. Isto, entretanto, gera conflitos na própria equipe e entre outros profissionais. O convívio com acompanhante de paciente também é um potencial gerador de conflitos. Ele cobra pela falta de material, pela realização do exame, pela dieta que não chegou, por procedimentos médicos que não foram realizados, pela resolutividade do SUS. Todos esses fatores concorrem para o desgaste e o sofrimento psíquico dessas trabalhadoras. e Tendo em vista que o objetivo do trabalho de toda a equipe deve ser o mesmo, a qualidade da assistência, o trabalho deve ser cooperativo e não competitivo, com objetivos comuns, a assistência com qualidade e a coesão entre as trabalhadoras, sejam concursadas ou terceirizadas, todas pertencem à equipe de enfermagem, ou outros profissionais. (FEUERWERKE; CECÍLIO, 2007; SILVA, K. *et al.*, 2018).

A questão do serviço de apoio também. O raio X né, faz no leito. Você liga, já estou indo, passa uma hora e meia não vem, precisa liberar uma sonda, aí você liga, não, já está anotado aqui senhora, daqui a pouco a gente chega aí para fazer o exame. Passa mais uma hora, aí você demora de iniciar uma dieta, precisa liberar um acesso para usar, para fazer medicação, ou o cateter, para fazer a diálise né, e você fica na dependência de fazer o raio X. Ele diz que o quantitativo dele é pequeno, ele só tem uma pessoa, está esperando a dupla dele voltar. Sempre dá uma desculpa. O laboratório também. A gente tem um laboratório pequeno, aqui do lado, que atende as UTIs [Unidades de Terapia Intensivas], e o médico pede. No sistema, teoricamente, ele olharia periodicamente, e viria coletar os exames. Aí ele não olha de rotina, aí o enfermeiro tem que ligar. Olhe aí laboratório, tem pedido de exame no sistema, venha coletar. Aí você chama, demora para vir, aí o paciente precisa fazer uma cultura, para poder iniciar o antibiótico, aí você fica na dependência do laboratório coletar, para começar a medicação. Aí ele vem, ah! esqueci de trazer o meio de cultura, e volta para pegar. Aí, às vezes, eles não querem vir para atender extra, porque têm uma rotina à noite. Aí ele quer deixar a cultura para a noite – não, eu estou dependendo dessa cultura, para iniciar o antibiótico. Fica pirraçando. (E2).

As coisas não fluem muito bem. Você depende de um SUS [Sistema Único de Saúde], de uma transferência. É um paciente que fica muito tempo para fazer um procedimento, fica na regulação meses, e às vezes você perde um paciente, por causa disso. Aí você perde um paciente por causa disso, amputa um membro, porque estava precisando de uma angioplastia e vai a óbito por causa de um cateterismo. E você sofre com isso, com aquela espera. Então é muito complicado. Você não se sente tão [...] feliz né, realizada, porque sempre falta alguma coisa [pausa] se sente impotente. (E1).

No trabalho hospitalar, a interação no cotidiano e o trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem com outras categorias profissionais poderiam ser fortalecidos pela enfermeira, como gestora do cuidado, para manter a coesão com os demais profissionais, na negociação de conflitos, e fortalecer a cooperação entre a equipe de saúde. Cabe-lhe reforçar essa interação, levando todos a entenderem a sua importância no processo laboral e reconhecer, no outro, suas habilidades, competências, conhecimentos e hábitos para diminuir os atritos e melhorar o convívio entre trabalhador, paciente e outros profissionais, além de manter a confiança e o reconhecimento no profissional e no cuidado prestado. Araújo (2003) dá o nome de Capital Social à capacidade de uma sociedade de estabelecer laços de confiança interpessoal e cooperação mútua, tendo como objetivo a produção de bens coletivos ou visando a produção de um bem comum. “Uma sociedade cuja cultura pratica e valoriza a confiança interpessoal é mais propícia a produzir o bem comum e prosperar” (ARAÚJO, 2003, p. 17). No contexto hospitalar, o bem comum é uma assistência humanizada e com qualidade para o paciente, e o desenvolvimento das atividades laborais com prazer e menos sofrimento, para que a qualidade de vida e as condições de trabalho sejam satisfatórias para trabalhadores e gestores.

A comunicação pode agregar ou desagregar e contribuir para atitudes positivas para o trabalho da equipe de enfermagem, além de promover mudanças no comportamento dos indivíduos, permitindo compreender melhor as necessidades do usuário, de seus familiares e também da comunidade. É um componente importante na humanização do cuidado em enfermagem. Diógenes, Linard e Teixeira (2010, p. 39) referem que o processo de comunicação é interpessoal e envolve trocas e compartilhamentos verbais e não verbais, abrangendo “[...] sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir em um relacionamento”. Para os profissionais da equipe de enfermagem, uma comunicação eficiente faz diferença durante a assistência, tanto para o cliente quanto para a instituição e principalmente para a categoria profissional. É a interação entre o que foi prescrito e realizado, a exemplo da passagem de plantão que, no processo de trabalho, é a ferramenta que garante a qualidade do serviço prestado.

A comunicação é um instrumento fundamental para a gerência de enfermagem enquanto prática social que se baseia na produção, circulação e troca de informações que envolvem os processos de trabalho no contexto hospitalar e fazem toda a diferença no desempenho da organização (SANTOS *et al.*, 2013). Para esses autores, a comunicação não é um processo rígido e linear, mas um instrumento indispensável para fortalecer o desempenho profissional, fazendo com que a informação chegue ao seu destino de forma clara, evitando possíveis dúvidas, tanto no que se refere à equipe multiprofissional quanto ao paciente, garantindo a segurança em todos os processos da assistência.

Aqui no ambulatório, a gente não tem uma comunicação muito boa. Então, às vezes, a gente fica sabendo das coisas pelo paciente, por uma funcionária. A enfermeira, que era para saber em primeira instância, não sabe. É aquela dinâmica do correio e, no final, a mensagem sai toda distorcida. Não existe uma rotina do serviço. Cada ambulatório faz a sua. Não tem um padrão, nem com os funcionários de enfermagem, nem com a parte médica. (E8).

5.2.4 Categoria 4: Estratégias defensivas das trabalhadoras de enfermagem no hospital

Diante de tantos fatores que propiciam o sofrimento, todas essas trabalhadoras estariam doentes. O trabalho real, prescrito, é permeado de estresse, desgaste, sofrimento e gera o adoecimento. Para Shimizu e Ciampone (2002), o trabalho manual é pouco valorizado em relação ao trabalho intelectual. Entendemos que o desgaste que envolve essas trabalhadoras está relacionado à falta de reconhecimento do poder médico, de outros profissionais, do usuário/paciente, da família e da comunidade. Então, de alguma forma, elas desenvolvem algum mecanismo de defesa para lidar com essas questões. Dejours (1997) refere que o trabalhador enfrenta esses dilemas pessoalmente, recorrendo a um processo interno de mecanismos de defesa, por meio dos quais busca modificar, transformar e minimizar a sua percepção da realidade que causa o sofrimento. Dal Pai e Lautert (2009, p. 61) argumentam que “[...] as estratégias de enfrentamento resultam de uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores para lutarem contra o sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho”. Na pesquisa, realizada em hospital de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, as autoras relataram que as trabalhadoras de enfermagem enfrentavam situações danosas à saúde e usavam estratégias coletivas de defesa, como o distanciamento que assumiam frente à morte, o afastamento que adotavam diante da superlotação da sala de atendimento, ou a despersonalização que se constatava pela frieza ou pelo humor em suas atitudes no trabalho.

O processo de trabalho em saúde pode ser causador de sofrimento, sim, pela falta de autonomia das enfermeiras, pelo quadro reduzido de funcionários, pela falta de material, cobranças por vaga, por transferências, por produtividade. Todos esses fatores levam o profissional a desenvolver estratégias de enfrentamento comportamental ou emocional para lidar com o estresse e a insatisfação e melhorar sua qualidade de vida. O trabalhador utiliza também, para fugir das pressões organizacionais, estratégias de ausência por atestados ou licenças prolongadas. Dejours (1992) argumenta que o absenteísmo é uma fuga do trabalhador, uma busca por equilíbrio diante da insatisfação no trabalho, uma alternativa quando chega ao limite, uma forma de resistência frente às demandas de um trabalho que estressa, causa sofrimento e adoecimento. É a forma encontrada pelo trabalhador para resistir e escapar, utilizando a estratégia defensiva. Uma revisão de literatura realizada por Souza, Silva e Costa (2018) encontrou os seguintes resultados: estratégia focalizada no problema (condutas de aproximação do estressor para resolver as situações causadoras do estresse, manejando ou modificando o problema); busca de suporte social (apoio instrumental, emocional e/ou informacional no ambiente de trabalho); estratégias individuais (desabafar com familiar em casa, atividade física/lazer, autocontrole, silêncio, colocar para fora e chorar); estratégias coletivas (união, amizade e conversa entre equipe/profissionais, descontrair com os pacientes e a equipe); e desvincular-se das responsabilidades (passar o problema para a chefia resolver). Ribeiro *et al.* (2015) identificaram, junto a trabalhadoras de enfermagem que trabalhavam em setor de emergência e urgência em São Paulo, as várias estratégias que eles utilizavam para a resolução de problemas, reavaliação positiva e suporte social, estratégias funcionais, relacionadas às formas positivas de enfrentar problemas, e as estratégias disfuncionais, formas negativas para esse enfrentamento.

Mendes (2007) refere uma divisão das estratégias defensivas classificadas por Dejours como defesas de proteção (resistência, racionalização, individualismo e passividade), de adaptação (resignação, controle) e de exploração. As defesas de proteção são formas de pensar e agir para proteger-se do sofrimento advindo do trabalho, que fazem com que esse sofrimento seja racionalizado ou evitado, de modo a tornar-se indiferente às causas do sofrimento. As defesas de adaptação e de exploração refletem-se na submissão aos anseios da organização por produtividade e na sujeição a condutas que atendam ao funcionamento da organização do trabalho de maneira inconsciente.

Alguns achados nos mostram, de forma sutil, como as trabalhadoras utilizavam essas estratégias, a exemplo da resolutividade, por meio da qual modificavam a situação que estava causando estresse, e resolviam o problema no seu período de trabalho.

É um vínculo onde as coisas se resolvem aqui. Eu gosto de trabalhar, porque aqui você consegue resolver os problemas. Na verdade, este setor, você resolve problemas. Quando o paciente tratou, ele segue para os demais setores. Então, você consegue ter uma resolução, e isso lhe traz um positivo em relação a sua profissão. Você se sente realizada. O processo de trabalho funciona, você sai com sua consciência tranquila; fez tudo o que podia fazer pelo paciente. Às vezes não dá, mas, na maioria das vezes, consegue resolver suas demandas de trabalho do dia. Normalmente, a gente não passa o plantão com pendência; muito difícil. A gente consegue resolver tudo o que perpassa por mim, o que depende de mim. Às vezes, depende de uma vaga na enfermaria, mas aqui é um setor de resolubilidade. Resolver. (E1).

Outra estratégia utilizada pelas trabalhadoras desta pesquisa foi o afastamento. As férias eram uma fuga, para ficar longe dos problemas do trabalho e ficar com a família, para encontrar o equilíbrio e reduzir o estresse. Segundo Dejours e Abdoucheli (2012a, p. 137), o sofrimento patogênico “[...] aparece quando todas as margens de liberdade, na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas”. O lazer com a família contribui para o alívio do estresse provocado pelo desgaste no trabalho.

A equipe está muito pressionada. Por isso, vou entrar de férias, pedindo que chegue logo. Justamente o que estou precisando, é descansar mentalmente e psicologicamente, porque a gente termina ficando desestruturada, abalada, e isso tem acontecido, infelizmente. Eu não tenho como negar. Tem abalado a equipe de enfermagem e patologia, 90% tem queixas, infelizmente.” (T1).

Em relação ao que me dá prazer ultimamente tem sido ir para casa. Que a gente tem uma casa em Jacuípe. Então, ir para essa casa com minha família, porque é a única coisa que tenho de lazer quando tenho uma folga, porque outras coisas não têm me dado prazer. Nada no trabalho me dá prazer e que me dá prazer. Eu acho que eu estou sofrendo [começa a chorar]. (E12).

Eu gostaria muito de estar em casa, com minha família, com meu filho, mas também me sinto realizada. Eu faço o que eu gosto e não me imagino fazer outra. (E1).

Na busca por suporte social, o trabalhador procura apoio no ambiente de trabalho. É também no que ele busca apoio instrucional, emocional e/ou informacional, recorrendo às pessoas do seu meio social. Para Ribeiro *et al.* (2015), o diálogo gera alívio no profissional, diminuindo a tensão provocada pelo estresse vivenciado. Ao expor o problema, ele pode refletir negativamente ou de forma positiva e trazer as consequências para a rotina do seu trabalho.

A troca de setor, por adocimento temporário ou definitivo, tanto físico como psíquico, é uma estratégia utilizada pelo Serviço Médico das empresas. É motivada pela alta carga de estresse que extrapola a tolerância do trabalhador e gera consequências no ambiente de trabalho e na vida pessoal. A impossibilidade de excluir o estresse no cotidiano do profissional de enfermagem evidencia a importância da busca de estratégias de enfrentamento. Estas devem

levar em consideração as características individuais do profissional e das situações vivenciadas no ambiente ocupacional (SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Eu adoeci e procurei um psiquiatra. Eu chorava todos os dias, não dormia nenhuma noite, conseguia cochilar duas da manhã, não dormia mais. Chegava aqui, tinha crises de choro aqui dentro. E aí tive uma reunião com a diretoria do hospital (não era minha, era do grupo). Nessa reunião, tive uma crise de pânico e aí, depois disso, precisei procurar ajuda. Estou com um psiquiatra, estou medicada, estou fazendo terapia, estou tentando buscar meios de [...] Por isso, saí da enfermagem e fui para o [...] que, na teoria, eu não tenho bem certeza, é um ambiente menos estressante, com menos demandas de ação imediata, e aí espero ficar bem e até, de repente, voltar para cá, para ficar com minhas fofas, que eu amo [riso]. (E11).

O convívio com os colegas é ótimo, assim. Tem dias aí que é uma festa, sabe? Mas prazer no trabalho, eu não tenho; é com papel [...] eu gosto de trabalhar com gente, de interagir, de sentir útil, mesmo que você dê uma orientação e sirva para melhorar o estado da pessoa, mesmo que a pessoa esteja com a saúde bem abalada, mas aí, uma palavra sua, a pessoa lhe dá um sorriso. Eu estava trabalhando no [...] mas aí o braço, os dois [...] mas eu gostava muito de trabalhar lá; não estava diretamente na assistência, mas [...] (T7)

A busca por terapia, a ajuda de outro profissional, assim como a religiosidade são fatores que ajudam a reduzir o estresse. O apego à religião e às crenças ajuda os profissionais a lidarem com o estresse, ter um ponto de equilíbrio. O apoio na fé tem relação direta com o cuidado prestado ao paciente. A adoção de diversas estratégias é mais eficaz do que o uso de apenas uma, visto que o indivíduo tem mais recursos para enfrentar a situação estressante (MIORIN *et al.*, 2016).

Aqui no hospital a gente vive com isso. Temos que ter uma preparação uma base com Deus muito forte, senão a gente acaba se envolvendo com o sofrimento dos pacientes. (T4).

O que eu faço para fugir um pouco é tentar, encaixando meus horários. Eu faço terapia, então ela me atende sete meia e oito horas. Minha fuga é minha família e a praia. Profissionalmente, o que faço para me ajudar, é a terapia [...]. (E12).

A estratégia de fuga, para evitar o problema, foi encontrada na nossa pesquisa. O profissional tentava evitar, falar ou se estressar com determinada situação que ele não tinha, às vezes, como modificar. O intuito era reduzir o desgaste que estava sendo causado pelo estressor. Os trabalhadores usavam essas estratégias, porém distanciavam-se e não resolviam o problema, mas mantinham o controle. Dejours e Abdouchelli (2012a) referem que o trabalhador, ao utilizar a estratégia de não perceber o sofrimento do outro, o faz porque sofrer pelo outro significa constrangimento, sendo mais conveniente não ouvir o sofrimento e as injustiças sofridas pelo outro. Assim, sua resistência ao sofrimento ficaria prejudicada. A

estratégia de racionalizar o problema, por meio de uma interpretação simples e lógica, acarreta a diminuição do desgaste e do sofrimento e é uma defesa para minimizar o sofrimento. Para Sá e Azevedo (2010, p. 300), os trabalhadores encontram formas individuais de defesa para diminuir o sofrimento “Essas estratégias de defesa têm um papel paradoxal: não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas têm um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho”.

Antes me incomodava muito o paciente falar que não tinha fralda. A gente não tem o que dizer; teria que ter uma resposta convincente. Aí essas coisas me incomodavam muito. Aí eu estou trabalhando minha cabeça, isso em mim, para não me afetar tanto meu emocional. Isso eu estou trabalhando. (E9).

Quando você gosta do que faz, quando você ama e quando você tem tino para o que você desenvolve e tem a noção da importância do seu trabalho, por mais que você não esteja em um dia legal, dentro do contexto hospitalar e dentro do que você se propõe a fazer, e ainda assim consegue superar essas dificuldades e não se desanimar por completo. (E4).

Para Borowski *et al.* (2017) e Mendes, Costa e Barros (2003), as estratégias defensivas são maneiras que o sujeito ou grupos buscam para lidar com o sofrimento, diante das situações precárias e contraditórias de trabalho. Na estratégia defensiva, o trabalhador não ataca a causa, e isso pode levá-lo à alienação ou ser ineficaz com o tempo, além de transformar-se em patologia. A estratégia de enfrentamento mobiliza o sujeito ou grupo a ter uma atitude ativa, transformando o sofrimento em ação criativa. A existência de estratégias defensivas individuais é uma proteção para a trabalhadora evitar o desgaste e o sofrimento no trabalho. Pode ser uma negação do sofrimento e possivelmente uma forma de transformar o sofrimento patogênico em criativo. A prevalência de TMC, nesse grupo de trabalhadoras, é elevada, principalmente para as técnicas de enfermagem, considerando a exaustiva jornada de trabalho, as condições de trabalho estressantes, tempo insuficiente para realizar as tarefas e divisão de tarefas inadequada. Essa estratégia de satisfação no trabalho, com a realização do cuidado ao paciente, e o reconhecimento, são formas de minimizar o desgaste e o sofrimento psíquico.

Percebemos, de modo positivo, o trabalho com as colegas, o empenho em trabalhar em função do grupo. Nas falas das entrevistadas desta pesquisa, é perceptível que a cooperação é um modo sutil de enfrentar o sofrimento do trabalho real, em que as tarefas não variam. O ritmo de trabalho intenso não possibilita questionamentos, reflexões, discussões, nem o surgimento de uma consciência crítica. As pausas melhoram a concentração e constituem-se em momentos de reflexão sobre as atividades que estão realizando, além de oportunidade de

aproximação com colegas de trabalho. O corpo precisa desse intervalo, principalmente as trabalhadoras afetadas por Dort, adoecimento físico. O convívio para tomar um cafezinho é um momento de lazer, mas não pode ser considerado pausa prescrita; é um relaxamento, por não existirem pausas regulares necessárias para o descanso mental.

A enfermeira, como gestora do cuidado, precisa refletir sobre esse “tarefismo” sobre o fazer e o saber da equipe de enfermagem, direcionando ações para implementação de condições adequadas de trabalho e de cuidado de enfermagem, buscando o cuidado integral, ser criativa e inovadora na proposta do cuidado em busca de maior qualificação e capacitação, visando desenvolver o potencial de cada trabalhadora com a abertura de espaços de discussão para enfrentar os avanços e os retrocessos no processo de trabalho.

Uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades no trabalho é a realização regular de reuniões ou conversas coletivas, criando um espaço de discussão onde todos os envolvidos podem expor seus sentimentos. As conversas criam espaços para que os membros da equipe possam trocar experiências e expectativas para melhorar a convivência.

Quando acontece alguma coisa, a gente tenta corrigir. Eu, pelo menos, sou assim. Eu vejo qual o problema, a fonte do problema, e tentar resolver daí para frente. Na minha vida, eu sempre procuro fazer dessa forma e no meu trabalho também levo dessa forma também. Para mim fica mais fácil corrigir do início para, quando chegar em esferas maiores, a coisa ficar mais simples. (T8).

A ausência da chefia imediata aparentemente não causava sofrimento nessas trabalhadoras, e estas eram parceiras. Entretanto, mesmo assim, o risco para TMC foi elevado para elas. Talvez a ausência seja uma forma de enfrentamento negativo e cause sofrimento. Juntas, há uma possibilidade de maior resolutividade no trabalho, o apoio, e as dificuldades são mais amenas.

As falas mostraram que o prazer no trabalho estava relacionado ao reconhecimento do paciente. Elas não esperavam esse reconhecimento dos demais profissionais. O trabalho era considerado fundamental para a realização pessoal, atendendo às necessidades psicossociais, porém podia ser fonte de prazer e/ou de sofrimento. O esperado é que o trabalho fortaleça os vínculos sociais, porém, se for desgastante e exaustivo e o trabalhador não consiga transformar em prazer, ele vai adoecer ou se alienar em função da condição desfavorável em que convive diariamente. Para Dejours (2004), diante do fato de que as pressões no trabalho podem causar riscos psíquicos e somáticos, o sujeito utiliza sua sensibilidade e sua inteligência para transformá-lo e também à sua organização.

A falta de reconhecimento, eu vejo dos funcionários que necessitam fazer uma [...] dentro da unidade hospitalar. Ele pode fazer em qualquer outro lugar e quando ele chega, e encontra a porta fechada, quando a gente não está, e isso não é raro [...] o nosso trabalho é atendendo em outras unidades, eles não aceitam e colocam no grupo que a sala não funciona. E a gente tem um trabalho todo documentado, todo feito em cima de registros, onde há um funcionamento ativo da sala [...] porque é uma sala diferenciada. (T2).

Para as entrevistadas desta pesquisa, o foco do trabalho era o cuidado ao paciente. O trabalho burocrático era visto como entrave para a atividade que realizavam junto aos pacientes. Entretanto, entendiam que as enfermeiras poderiam assumir o cuidado e os processos burocráticos para assegurarem sua autonomia e envolver as técnicas de enfermagem nessa prática. Isso reduziria os conflitos, e a cooperação seria uma estratégia para enfrentar o sofrimento. Esta seria também uma possibilidade de a enfermeira aplicar seus conhecimentos, que resultaria no reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente, tanto na instituição como junto à família, refletindo sua responsabilidade profissional. Esta seria uma estratégia adaptada ao “tarefismo”. Elas encontrariam uma forma de adaptar-se ao sofrimento, tendo prazer no cuidado prestado. Para Lancman e Sznelwar (2004a), a cooperação se dá com base no desejo das pessoas de estarem juntas, trabalhando e superando as contradições presentes no contexto laboral.

No cotidiano, o trabalhador depara-se com ambientes insalubres, perigosos e propícios a riscos à saúde. Além disso, as pressões e exigências do próprio trabalho, o convívio com problemas relacionados às atividades desenvolvidas, favorecem o desenvolvimento de riscos para TMC, para as doenças ocupacionais. A pressão sofrida pela equipe de enfermagem para transferir paciente, encontrar vaga, cobrar realização dos exames, da dieta, as interconsultas, prescrição médica, produtividade e resolutividade, causa sofrimento; elas precisam aplicar com eficácia os recursos de que dispõem para proteger-se do sofrimento no trabalho. A estratégia de resolução de problemas pressupõe um planejamento adequado para lidar com os estressores, em que, ao invés de anular ou afastar a situação estressante de seu cotidiano, o indivíduo opta por resolver o problema. Desse modo, sendo capaz de lidar com as pressões das pessoas e do ambiente ao seu redor, reduz a força da fonte causadora de estresse (RIBEIRO *et al.*, 2015). O trabalho desprovido de significação, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993).

O trabalho da enfermagem, quando se trata do planejamento da assistência, tem encontrado algumas dificuldades para adequar os recursos humanos à qualidade na assistência. As instituições cobram a racionalização dos custos, com aumento da demanda de

novos serviços, e isto é um fator que interfere diretamente no volume de trabalho da equipe de enfermagem. Nesse sentido, segundo Castilho, Fugulin e Gaidzinski (2005, p. 127), a carga de trabalho da unidade de assistência de enfermagem

[...] é o produto da quantidade média diária de pacientes/clientes assistidos, segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de atendimento, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada, por cliente, de acordo com o grau de dependência e atendimento realizado.

O trabalho de enfermagem em um ritmo acelerado, torna-se estressante e desgastante, colaborando para o sofrimento tanto pela falta ou escassez de material e mecanização do trabalho como pela escassez e má distribuição de recursos humanos. Assim, um trabalho sem pausas para descanso e jornadas de trabalho elevadas vão colaborar, de forma determinante, tanto para o adoecimento físico como o psíquico

Entendemos que as estratégias defensivas utilizadas pelas trabalhadoras de enfermagem que atuam nos hospitais podem ser uma tentativa de proteção ou fuga dos transtornos e dos riscos causados pelo processo de trabalho. Para minimizar o adoecimento provocado por esses transtornos e riscos, as organizações precisariam elaborar estratégias organizacionais e individuais de intervenção, medidas preventivas que estimulasse práticas saudáveis de convivência e um espaço para conversar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de identificar os fatores determinantes de prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. Por meio da aplicação de uma metodologia quanti-qualitativa, identificamos a prevalência de riscos para sintomas psicoemocionais e os fatores determinantes para o prazer e/ou sofrimento no trabalho hospitalar, assim como as estratégias de enfrentamento desse sofrimento.

Os resultados permitiram identificar que a prevalência geral de riscos para os TMC foi elevada. O risco maior foi para as mulheres com idade inferior a 39 anos, pretas e pardas, escolaridade nível superior e que não estudavam, com renda salarial inferior 5 SM. Dentre as categorias das trabalhadoras de enfermagem, o risco para TMC foi maior para a categoria de técnicas de enfermagem.

Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as características sociodemográficas e os riscos para TMC. Em relação às características relacionadas à ocupação das trabalhadoras de Enfermagem, foram estatisticamente significantes e associaram-se positivamente com riscos para TMC: vínculo empregatício (concursadas), não faziam pausas no horário de trabalho, o tempo para realizar as tarefas não era suficiente, não se sentiam pressionadas pela chefia, não sentiam disposição para se divertir e continuar trabalhando ou estudando no final da jornada, julgavam seu trabalho perigoso e consideravam a divisão de tarefas adequada.

As dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar, são várias, a exemplo de ritmo intenso, condições insalubres, falta de reconhecimento e de autonomia. Em relação à autonomia, enfermeiras e técnicas de enfermagem adotavam uma posição submissa imposta pelo modelo biomédico, o que dificultava mudanças no cotidiano do trabalho. O trabalho da enfermagem era considerado invisível e com pouco reconhecimento, ao mesmo tempo em que se caracterizava como uma atividade que assegurava a realização de um trabalho coletivo.

Quanto ao prazer e ao sofrimento produzidos em decorrência do processo de trabalho, as trabalhadoras de enfermagem tinham uma alta demanda no trabalho, jornadas longas, remuneração baixa, vínculos precários e, mesmo as concursadas, considerando a estabilidade empregatícia, viviam um trabalho estressante, que contribuía com riscos para os TMC. O serviço hospitalar possuía estruturas organizacionais centralizadas no poder e na dominação de um grupo sobre outro. A divisão do trabalho era fragmentada, as trabalhadoras pouco participavam na tomada de decisões e havia excesso de normas e rotinas, que as afastavam da

produção de um trabalho criativo, tornando-o alienado. A divisão de tarefas precisa ser avaliada pela equipe de enfermagem, o fazer em detrimento do pensar, seguindo o modelo biomédico de assistência, no qual a intensa preocupação com manuais, normas e procedimentos proporciona a fragmentação da assistência. Esse modelo também separa usuários e trabalhadores, gerando sofrimento e tornando o trabalho patogênico.

Em relação às características clínicas relacionadas à saúde atual, algumas trabalhadoras lidavam com várias patologias, tais como: DORT, fibromialgia, hipertensão, hipo e hipertireoidismo, diabetes, gastrite, hérnia de disco, varizes, enxaqueca, depressão, problemas relacionados ao sistema circulatório, sistema esquelético e sistema osteomuscular. Tendo em vista que o adoecimento pode estar associado ao trabalho executado, os dados desse achado apontam a prevalência de problemas de saúde. Foi estatisticamente significativo referir problemas no sistema osteomuscular, no tecido conjuntivo e no sistema músculo-esquelético. Essas trabalhadoras realizavam fisioterapia e usavam medicação em função dos agravos atuais de saúde.

No que diz respeito à exposição aos riscos físicos, biológicos e químicos, levam ao aparecimento de acidentes e doenças profissionais e do trabalho e também aos riscos psicossociais, que estão relacionados à interação entre as características do trabalho e a percepção das trabalhadoras sobre o ambiente do trabalho. Na mesma direção, alguns fatores podem ser determinantes e interferir no desempenho do trabalho, tais como: o conteúdo da tarefa, a sobrecarga e as relações interpessoais e profissionais. Estas colocam-se como condições que geram desgaste e podem levar ao adoecimento físico e psíquico.

Destaca-se que a análise hierarquizada permitiu identificar os fatores que levam ao risco para os TMC. No ajuste de modelagem, foi possível estabelecer as variáveis que compuseram o modelo final. No desfecho, observou-se que o uso de medicação mostrou-se como fator de risco para TMC. A divisão adequada de tarefas e sentir disposição para se divertir no final da jornada de trabalho configuraram-se como fatores de proteção. Esse modelo auxilia, em parte, na compreensão dos fatores de risco e de proteção para o prazer e o sofrimento no processo de trabalho, e os riscos para o adoecimento das trabalhadoras de enfermagem.

No aprofundamento da análise qualitativa, com base nas entrevistas, as respostas à pergunta “o que dava prazer e/ou sofrimento no trabalho”, propiciaram o surgimento de quatro categorias: o cuidado, a organização e o processo de trabalho, relacionamento interprofissional no ambiente de trabalho e estratégias defensivas. Ficou evidente que, para as trabalhadoras de enfermagem, as situações que causavam prazer e sofrimento eram ambíguas.

Assim, pode-se dizer que o prazer estava relacionado ao assistir/cuidar do paciente, à sua recuperação, e ao reconhecimento do paciente. A trabalhadora de enfermagem desta pesquisa acumulava duplo vínculo, o processo de trabalho era considerado estressante e os fatores que colaboravam para o desgaste físico e mental eram múltiplos, como a falta de recursos humanos e materiais, a jornada de trabalho, o ritmo do trabalho, o trabalho burocrático e os conflitos entre as equipes. Identificou-se que a estes soma-se a ausência de lazer, que é considerado um dos fatores determinantes para o desgaste e o sofrimento para as trabalhadoras.

Da mesma forma, o trabalho de enfermagem, para essas trabalhadoras, possuía características próprias no contexto hospitalar, pois elas eram responsáveis pelo cuidado ao usuário por 24 horas e constituíam o maior grupo de profissionais. Como grande parte delas era do sexo feminino e elas integravam o trabalho profissional com o cuidado dos filhos, com as atividades domésticas e com vivências expressivas de dupla e tripla jornada de trabalho. O serviço noturno acarretava irritabilidade, insônia, cefaleia, cansaço, enxaqueca e problemas gastrointestinais. A sobrecarga de trabalho também interferia na qualidade de vida delas. Estavam expostas aos riscos ocupacionais, a acidentes, em função de atividades insalubres, recebiam baixos salários e participavam diretamente do sofrimento do outro, da morte do outro, o seu objeto de trabalho, e eram pouco reconhecidas e valorizadas. Sofriam quando ficavam distantes dos filhos e da família, deixavam de sair e de se divertir com amigos e familiares por cansaço, e ainda trabalhavam doentes, para não apresentar Atestado Médico.

A relação interpessoal entre cuidador e aquele que recebe o cuidado pode desencadear prazer e/ou sofrimento em função da falta de reconhecimento, das inovações tecnológicas que contribuem para a alienação e a insatisfação do trabalhador, mudanças de hábitos do usuário e familiares, a cronicidade das doenças. Estes fatores contribuíam para o desgaste e o sofrimento das trabalhadoras. De certa forma, as enfermeiras e técnicas de enfermagem sabiam que estavam aceitando trabalhar com recursos inadequados, seja material ou humano. Embora ocorressem diagnósticos dos problemas organizacionais, era recorrente a falta de resolutividade dos gestores e as soluções eram sempre emergenciais. Como consequência, ocorria a exposição de usuários, familiares e do próprio grupo, cujo conhecimento adquirido ao longo do desempenho profissional era pouco valorizado e, muitas vezes, submetia-se ao que ditava a organização e a equipe médica.

O trabalho de enfermagem permanece com as características de trabalho verticalizado e inter-relaciona-se, no trabalho hospitalar, com o trabalho do médico, que possui total

autonomia de decisão sobre internação, alta e tratamento. Esse poder decisório do corpo médico limita a autonomia de outros profissionais, especialmente da enfermagem, que experimenta relações de subordinação e dominação, e reproduz esse modelo para a equipe de enfermagem, as técnicas de enfermagem. As atividades realizadas pela equipe de enfermagem são desiguais, o gerenciamento cabe às enfermeiras e para as técnicas de enfermagem fica a assistência direta.

Os fatores que causam sofrimento devem ser tratados com mais atenção, sempre com o propósito de buscar suporte e apoio institucional. A organização deve implementar ações que compreendam a complexidade de processo do trabalho. A psicodinâmica do trabalho é um referencial utilizado em muitas pesquisas, e essa dualidade entre o trabalho real e o prescrito precisa ser mais aprofundada, para que se entenda como o trabalho pode tornar-se construtivo e ser realizador para alguns trabalhadores. Assim, é importante entender o processo saúde/doença dessas trabalhadoras no contexto hospitalar, pois os fatores físicos, psicossociais e culturais têm contribuído para o desgaste, o sofrimento e o adoecimento. O desgaste e o sofrimento são, em geral, invisíveis para os gestores e para os próprios trabalhadores. No trabalho real, não são mensuradas as angústias, as frustrações e as insatisfações, fatores subjetivos que não são percebidos, ao mesmo tempo em que o sofrimento é uma experiência real, que tanto pode ser individual quanto coletiva.

Acreditamos que as análises sobre o prazer e o sofrimento no trabalho precisariam ser melhor investigadas, principalmente o processo de trabalho e a divisão técnica do trabalho. Algumas limitações, ocorreram na análise deste estudo. Por se tratar de estudo transversal, investigamos ao mesmo tempo exposição e desfecho e é possível que, no momento da coleta, algumas trabalhadoras afastadas por adoecimento ou férias não tenham participado da pesquisa.

As perdas de questionários, aqueles entregues e não devolvidos, representaram 48%, ainda que diversas tenham sido as tentativas de recolhê-los. Algumas unidades, especificamente duas – CIAVE e hemodinâmica –, não participaram do estudo e obtivemos uma adesão baixa dos funcionários da emergência, sempre atribulados, sem tempo, mesmo quando percebíamos que o ambiente estava tranquilo. Parecia que os trabalhadores internalizavam que, na emergência, não se tem tempo. Provavelmente uma estratégia coletiva para lidar com as condições desfavoráveis do ambiente de trabalho. Essas trabalhadoras precisam ser acolhidas, porque lidam com momentos de grande sofrimento, com a superlotação, o ritmo de trabalho acelerado, a sobrecarga de trabalho, o estresse e as dificuldades entre as equipes, o sofrimento do paciente e do familiar, e às vezes a morte.

O trabalho era considerado importante na vida dessas trabalhadoras. O trabalho em equipe, o gostar de trabalhar com determinadas pessoas, a equipe, talvez fosse uma forma de dividir as angústias, frustrações e também partilhar alegrias.

As estratégias de enfrentamento elaboradas pelas trabalhadoras, como afastamentos ou férias, e também a cooperação eram maneiras de proteção, de enfrentamento para manter a normalidade, para se protegerem do trabalho patogênico. Era uma forma de encontrar o equilíbrio, para evitar o constrangimento e o sofrimento no trabalho e transformar esse sofrimento em prazer.

Em se tratando de um hospital público, a forma de gestão da política organizacional vai alterar significativamente a forma de gerenciamento dos serviços em função das relações autoritárias, das precárias condições de recursos materiais por compras inadequadas. Outro item é a própria falta de resolutividade das demandas do SUS, como falta de vagas, esperas para exames e falta de material, que se apresentam como desgastes frequentes no cotidiano do trabalho. Fator que pode desgastar a equipe de enfermagem, especialmente entre aquelas com vínculo de concursadas, é a contratação de terceirizadas. As trabalhadoras com contratos terceirizados recebiam baixos salários, cumpriam carga horária elevada e não possuíam garantia de direitos trabalhistas. Estes fatores favoreciam a rotatividade dessas trabalhadoras e contribuíam para o desgaste das trabalhadoras com estabilidade, em função da sobrecarga de trabalho, que causava sofrimento e riscos para os TMC. A sobrecarga das concursadas e o risco maior para os TMC deviam-se provavelmente ao treinamento das recém-admitidas e à dupla jornada de trabalho que assumiam para aumentar a rentabilidade. Assim, elas tomavam para si uma escala dupla, até treinar as novas contratadas, e estas estarem aptas a assumirem a escala sozinhas.

Desse modo, o trabalho era permeado de contradições que contribuíam para o desgaste. Esses riscos impactavam na assistência prestada e na qualidade de vida no trabalho (QVT) e também no convívio familiar, comprometendo, em maior grau, aquele trabalhador em que o adoecimento já estava instalado.

Entendemos que a instituição precisa criar espaços de discussão e falar sobre o processo de trabalho, o gerenciamento do cuidado, a divisão de tarefas, a falta de reconhecimento profissional e fortalecer o relacionamento entre a equipe, os usuários e os familiares. É preciso fortalecer o coletivo com espaços de escuta, com gerentes mais presentes nas áreas assistenciais, com espaços para atividades físicas, para trocas de ideias e convivência entre as equipes, com pausas durante o trabalho, num momento em que o trabalhador reduz a alienação que o trabalho tanto fortalece. É fundamental o

acompanhamento dos trabalhadores com riscos para TMC e com adoecimento físico e psíquico. É igualmente importante gerenciar as diferenças entre os vínculos, pois os terceirizados sofrem com a diferença salarial, a falta de estabilidade e a carga horária. Os concursados, por sua vez, sofrem com a rotatividade dos terceirizados, acentuando a sobrecarga com as demissões frequentes desses e a necessidade de treinamento dos recém-admitidos, que são treinados no serviço, o que demanda do profissional concursado assumir a sua escala e a do colega, até que ele esteja apto para o serviço.

Seja no gerenciamento do cuidar, seja na assistência direta, o processo de trabalho causa tanto prazer como sofrimento. Essa ambigüidade tem impacto direto no aparelho psíquico e precisa ser identificada pelas organizações, para satisfazer as necessidades de saúde das trabalhadoras. É possível que trabalhadoras com qualidade de vida no trabalho proporcionem uma assistência com qualidade, atendendo as necessidades subjetivas do usuário e, portanto, estejam mais protegidas dos riscos psíquicos e do adoecimento físico e psíquico.

Neste estudo, constatamos o quanto o trabalho é valorizado por essas trabalhadoras. Embora o cuidado gerasse prazer, o sofrimento era enfatizado nesse cotidiano em razão dos aspectos laborais e do desgaste físico e psíquico. Contudo, a interação e o trabalho em equipe fortaleciam o prazer nas atividades realizadas, transformando o trabalho patogênico, real, em criativo.

Não queremos afirmar categoricamente que as trabalhadoras que participaram da pesquisa têm TMC, mas alertar para o fato de que fatores no processo laboral podem estar colaborando para a ocorrência dos riscos para os TMC. As enfermeiras precisam refletir que o cuidar envolve não apenas técnicas e procedimentos, mas deve incluir o gerenciamento desse cuidado. Assim, chamar a atenção da organização para manter uma gestão mais participativa, buscando a cooperação, a criatividade, a valorização profissional, poderá proporcionar a essas trabalhadoras mais satisfação e, conseqüentemente, a realização do trabalho com mais eficácia, eficiência, menos sofrimento e com qualidade de vida.

O trabalho em saúde é penoso e o sofrimento no trabalho em enfermagem, no contexto hospitalar, tem como fatores determinantes o processo de trabalho, lidar com o sofrimento do outro, a morte, os conflitos, a falta de reconhecimento, cobrança de outros profissionais, estresse, sobrecarga de trabalho, jornadas de trabalho extensas, além de baixos salários, vínculos precarizados. O prazer, entretanto, está associado à recuperação do paciente, ao cuidado oferecido. Esta ambigüidade no trabalho causa prazer e sofrimento, e o trabalhador precisa desenvolver estratégias para se proteger, expressando a sua subjetividade, e, assim, proteger a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira coordenado e revisto por Alfredo Bossi, revisão da tradução e tradução novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em: <http://charlezine.com.br/wp-content/uploads/2011/11/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-ABBAGNANO.pdf> . Acesso em: 12 fev. 2018.
- ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCÓLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153-164, maio-ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722004000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 dez. 2019.
- ALKIMIN, Maria Aparecida. **A violência na relação de trabalho e a proteção à personalidade do trabalhador**. 2007. 284 f. Tese (Doutorado em Direito das Relações Sociais) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/7736/1/Maria%20Aparecida%20Alkimin.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ALVES, Albertisa Rodrigues; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; BESSA JORGE, Maria Salete. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 649-655, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a05.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.
- ALVES, Ana Paula *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 64-69, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a11.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- ALVES, Giovanni. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Trab. educ. saúde** [online], Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 409-442, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200009 &lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2018.
- _____. Trabalho flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha: perspectivas do capitalismo global no século XXI. *In*: VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni (org.). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI**. São Paulo: LTr, 2011. p. 39-54.
- ALVES, Sheila Maria Parreira *et al.* A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3043-3050, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3043.pdf. Acesso em: 18 jun. 2019.
- AMESTOY, Simone Coelho. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/pt_1983-1447-rgenf-35-02-00079.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

ANTLOGA, Carla Sabrina; MENDES, Ana Magnólia. Sofrimento e adoecimento dos vendedores de uma empresa de material de construção. **Psic.: Teor. Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 255-262, 2009. Disponível em: http://lpct.com.br/wp-content/uploads/2012/11/21-Antloga_-vendedores-Material-de-Constru%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462005000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2018.

ANTUNES, Ricardo; DRUCK, Graça. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XVIII, n. 34, p. 19-40, 2015. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Sm4618UP754c17102374.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Aparecida Moraes. **O avesso do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

ARAÚJO, Maria Celina Soares. **O capital social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Gea35Kk_yJ4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 15 jun. 2019.

ARAÚJO, Mariana Pereira da Silva; MEDEIROS, Soraya Maria de; QUENTAL, Libna Laquis Capistrano. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Rev. Enferm. UGRJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1-5, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a09.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

ARAÚJO, Tânia Maria *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 37, p. 424-433, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2062.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ARAÚJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

ARAÚJO-DOS-SANTOS, Tatiane *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem nos hospitais públicos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100489&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 341 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1130009/mod_resource/content/1/A%20condi%C3%A7%C3%A3o%20humana-%20Hannah%20Arendt.pdf. Acesso em: 20 jul. 2017.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; VILELA, Lailah Vasconcelos. **Lesões por esforços repetitivos: guia para profissionais de saúde**. Piracicaba, SP: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_1er_guia_profissional_1.pdf. Acesso em: 22 nov. 2018.

BARBOSA, Attila Magno e Silva; ORBEM, Juliani Veronezi. “Pejotização”: precarização das relações de trabalho, das relações sociais e das relações humanas. **Rev. eletrôn. curso direito UFSM**, Santa Maria, RS, v.10, n. 2, p. 1-21, 2015. Disponível em: <http://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/viewFile/20184/pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 279 p.

BARROS, Alice Monteiro de. **Curso de direito do trabalho**. 11. ed. atual por Jessé Claudio Franco de Alencar. São Paulo: LTr, 2017. Disponível em: <http://www.ltr.com.br/loja/folheie/5776.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BARROS, Aline Reis Rocha; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1015-1022, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 set. 2018.

BARROS, Juliana Oliveira; LANCMAN, Selma. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. Entrevista com Christophe Dejourns. **Rev. Terapia Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-235, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p228-235>. Acesso em: 11 jul. 2019.

BARROS, Paloma Castro da Rocha; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF (Impr.)**, Bragança Paulista, v. 8, n. 1, p. 63-70, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=i&nexton=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=BARROS,+PALOMA+CASTRO+DA+ROCHA>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de; BORK, Anna Margherita Toldi; FARAH, Olga Guilhermina Dias. A experiência pedagógica para a formação dos futuros profissionais de enfermagem. In: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 167-176.

BENDASSOLLI, Pedro F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Psicol. Sociedade**, Natal, v. 23, n. 1, p. 75-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 27 set. 2012.

BERNARDES, Carolina Luiza *et al.* Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 676-682, 2014. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BESERRA, Eveline Pinheiro *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BESSA JORGE, Maria Salete *et al.* Gestão em saúde: modelos, desafios e possibilidades *In*: SILVA, Raimunda Magalhães da Silva *et al.* (org.). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 249-269. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/PLANEJAMENTO%20GESTAO%20E%20AVALIACAO%20NAS%20PRATICAS%20DE%20SAUDE%20-%20EBOOK%20-%20548pg.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BEZERRA, Cláudia de Magalhães; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patricia. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2135-2146, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2135.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BOBROFF, Maria Cristina; MARTINS, Júlia Trevisan. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 251-258, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a08v21n2.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BORDIGNON, Simoni Saraiva. Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem: perspectiva foucaultiana. 2016. 159 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, 2016. Disponível em: https://ppgenf.furg.br/images/02_teses/2016. Acesso em: 4 mar. 2018.

BORK, Anna Margherita T. **Enfermagem em excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 201 p.

BOROWSKI, Silvia Von et al. Mobilização subjetiva e estratégias defensivas de trabalhadores metalúrgicos à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Psicol. Argum. (Online)**, Curitiba, v. 35, n. 88, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23360>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Kühner. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. Disponível em: http://docs.google.com/file/d/0B4UG_F2QeFUINGFFc1dzcndZbIU/edit. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. A Escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. *In*: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, Afrânio (org.). **Escritos de educação**. Petrópolis: Vozes, 1998. Disponível em: <http://docs.google.com>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. **Contra-fogos: táticas para enfrentar a invasão neo-liberal**. Tradução: Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOUYER, Gilbert Cardoso. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área "saúde mental e trabalho". **Psicol. Soc.** [online], Ouro Preto, v. 27, n. 1, p. 106-119, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000100106&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. **Emenda Constitucional N.º. 19, de 4 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e

dá outras providências. Brasília, 1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 3 mar. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 37.773, de 18 de agosto de 1955**. Cria uma Comissão Especial para elaborar anteprojeto da Lei Orgânica de Assistência Médico Hospitalar no País e dá outras providências. Brasília, DF, 1955a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/.../decreto-37773-18-agosto-1955-336277-publicacaooriginal-1>. Acesso em: 3 dez. 2017.

_____. **Lei Nº 2.604/55, de 17 de setembro de 1955**. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. Brasília, DF, 1955b. Disponível em: www2.camara.leg.br/.../lei/.../lei-2604-17-setembro-1955-361190-publicacaooriginal. Acesso em: 3 dez. 2017.

_____. **Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. **Lei Nº 5.764/71, de 16 de dezembro de 1971**. Dispõe sobre a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5764.htm. Acesso em: 3 mar. 2018.

_____. **Lei Nº 791, de 27 de setembro de 1890**. Crêa no Hospício de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. 9º fascículo. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L2604.htm. Acesso em: 3 dez. 2017.

_____. **Lei Nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000**. Disciplina o regime de emprego público do pessoal da administração federal, autárquica e fundacional e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei9.962-2000?OpenDocument. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Lei Nº 13.429/17, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13467.htm. Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, n. 114, 2001b. 439 p. Disponível em: <http://www.nesco.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 9 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/rais>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. Poder Executivo. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei N.º 4.302/98, de 21 de julho de 1998, transformada em Lei Ordinária 13.429/2017**. Dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de trabalho temporário e na empresa de prestação de serviços a terceiros, e dá outras providências. Brasília, 1998b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20794>. Acesso em: 16 fev. 2018.

_____. **Portaria GM N.º 1.679, de 19 de setembro de 2002**. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/casat/arquivo. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. 68 p. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Presidência da República. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 13 out. 2018.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 379 p.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Crescimento e desenvolvimento econômico**. (Notas para uso em curso de desenvolvimento econômico). São Paulo: Escola de Economia de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, jun. 2008. 15 p. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Papers/2007/07.22.CrescimentoDesenvolvimento.Junho19.2008.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. As duas fases da história e as fases do capitalismo. **Crítica e sociedade: rev. cult. política**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 168-189, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/criticasociedade/article/view/13505/7720>. Acesso em: 22 dez. 2019.

BUENO, Marcos Bueno; MACEDO, Kátia Barbosa. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1010/723>. Acesso em: 13 fev. 2018.

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAÚJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 41, n. 7, p. 1-14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e7.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019.

CARDOSO, Mariane de Souza *et al.* Avaliação da carga mental de trabalho e do desempenho de medidas de mensuração: NASA TLX e SWAT. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 19, n. 4, p.

873-884, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/gp/v19n4/a15v19n4.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CARVALHO, Danniela Britto de; ARAÚJO, Tânia Maria de; BERNARDES, Kionna Oliveira. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, p. 1-16, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100210&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2018.

CASTILHO, Valéria; FUGULIN, Fernanda Maria; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 171-183.

CASTILHO, Valéria; FUGULIN, Fernanda Maria; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 172-183.

CATÃO, Marconi Ó. Estrutura hospitalar moderna. *In*: CATÃO, Marconi Ó. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campinas Grande: EDUEPB, 2011. p. 101-138. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/szgxv/pdf/catao-9788578791919-09.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Rev. Adm. Publ.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7903>. Acesso em: 7 jun. 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/7O-Trabalho-em-Saúde.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

CHIAVEGATO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Rev. Pegada**, Minas Gerais, v. 13, n.2, p. 67-82, 2012. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/download/2023/1920>. Acesso em: 2 dez. 2017.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 655 p. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/menu/biblioteca/servicosOferecidos/livrosDigitalizados/administracao/teoria-geral-da-administracao.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; KURCGANT, Paulina. Gerenciamento de conflitos e negociação. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 48-58.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; MELLEIRO, Marta Maria. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 35-47.

CLARKE, Simon. Crise do fordismo ou da social-democracia? **Lua Nova, rev. cult. Polít.** (online), São Paulo, n. 24, p. 117-150, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n24/a07n24.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online], Brasília, v. 58, n. 3, p. 345-348, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000300018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2018.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989. 385 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; COFEN, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. **Enfermagem em números**. Quantitativo de Profissionais por Região. Rio de Janeiro: COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.htm. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. **Perfil da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: COFEN, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.htm. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. **Quantitativo de Profissionais por Regional**. Rio de Janeiro: COFEN, 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros-2019>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. **Resolução nº 276, de 16 de junho de 2003**. Concede somente Inscrição Provisória, ao Profissional que tenha concluído o módulo ou etapa de Qualificação de Auxiliar de Enfermagem, como itinerário do Curso de Educação Profissional Técnico de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN, 2003. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4312>. Acesso em: 4 set 2012.

_____. **Resolução nº 314, de 30 de abril de 2007**. Revoga a Resolução COFEN nº 276/2003 [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN, 2003. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3142007_4349.html. Acesso em: 4 set. 2012.

_____. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN, 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384. Acesso em: 10 abr. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Processo de enfermagem**: guia para a prática [Internet]. São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2019.

CORREIA, Áurea Christina Paula *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia,

v.14, n.1, p. 171-80, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>. Acesso em: 4 fev. 2019.

COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado às doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2017.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2010. 296 p.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liane. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100010. Acesso em; 14 jun.2019.

DALRI, Rita de Cássia de Marchi Barcellos *et al.* Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 22, n. 6, p. 959-965, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

DAL ROSSO, Sadi. Jornadas excessivas de trabalho. **Rev. paran. desenv**, Curitiba, v. 34, n. 124, p. 73-91, 2013. Disponível em: www.ipardes.pr.gov.br . Acesso em: 12 jun. 2019

DEJOURS, Cristophe. *A banalização da injustiça social*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 160 p.

_____. A carga psíquica do trabalho. *In*: DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho**. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012b. p. 21-32.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução: Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-oberó, 1992. 168 p.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997. 101 p.

_____. Prefácio Avant-propos para edição brasileira. *In*: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. (org.). **Cristophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004a. p. 16-21.

_____. Trabalho e saúde mental da pesquisa à ação. *In*: DEJOURS, Cristophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho**. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012a. p. 45-65.

_____. Uma resposta durante o seminário 'Sofrimento e prazer no trabalho'. *In*: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. (org.). **Cristophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004b. p. 141-163.

_____. Violence ou domination? **Travailler**, Paris, v. 3, p. 11-29, 1999. Disponível em: http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/violence_domination_dejours.pdf. Acesso em: out. 2018.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELLI, Christian. Desejo ou Motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. *In*: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELLI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012b. p. 33-45.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELLI, Christian. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *In*: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELLI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012a. p. 119-143.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELLI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições de Escola Dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012c. 145 p.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRLAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. Tradução: Maria Irene S. Betiol, revista por Edith Seligmann Silva. **Rev. Adm. Empr.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>. Acesso em: 30 jun. 2019.

DEJOURS, Christophe; LANCMAN, Selma; SOUDANT, Franck (org.). **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. 345 p.

DELUIZ, Neise. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação**: implicações para o currículo. *In*: FÓRUM PEDAGÓGICO DA BAHIANA, 9, 16 ago. 2013, Salvador. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013. p. 1-16. Disponível em: http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf. Acesso em: 20 fev. 2017.

DESLANDES, Suelly F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819>. Acesso em: 3 jul. 2019.

DEYON, Pierre. **O mercantilismo**. Dirigida por J. Guinsburg. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1969. 153 p. (Coleção Khronos). Disponível em: http://minhateca.com.br/liamartuon/LIVROS/Livros+de+Hist%C3%B3ria+Hist%C3%B3ria+Moderna/DEYON*2c+Pierre+-+O+mercantilismo,1047684437.pdf. Acesso em: 28 fev. 2018.

DIÓGENES, Maria Albertina Rocha; LINARD, Andrea Gomes; TEIXEIRA, Carla Araújo Bastos. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 38-46, 2010. Disponível em: <https://www.periodicos.ufc.br>. Acesso em: 10 maio 2019.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0015.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2017.

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24nspe1/a04v24nspe1>. Acesso em: 12 dez. 2017.

DUMAZEDIER, Joffre. **Lazer e cultura popular**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000. Disponível em: https://www.academia.edu/6186143/DUMAZEDIER_-_Lazer_e_Cultura_Popular_-_p._28-51_-_2000_1_. Acesso em: 20 maio 2019.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 302 p.

_____. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Tradução: Leandro Konder. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012. 304 p.

FELLI, Vanda Elisa A.; PEDUZZI, Marina. O trabalho gerencial em enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. p. 2-13.

FELLI, Vanda Elisa; TRONCHIN, Daisy Rizotto. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador. *In*: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

FERRARI FILHO, Fernando; TERRA, Fábio Henrique. Reflexões sobre o método em Keynes. **Rev. Econ. Pol.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 70-90, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v36n1/0101-3157-rep-36-01-00070.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

FEUERWERKE, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2019.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 408 p.

FRAGA, Alexandre Barbosa. Da rotina à flexibilidade: análise das características do fordismo fora da indústria. **Rev. Habitus**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/habitus/article/view/11266>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FRANCO, Tania. Alienação do trabalho: despertencimento social e desrenraizamento em relação à natureza. **Dossiê CHR**, Salvador, v. 24, n. spe. 1, p. 171-191, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 set. 2018.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/arquivos/1-07082015.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2017.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 361 p.

FUCHS, Sandra C.; VICTORA, Cesar G.; FACHEL, Jandyra. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 168-178, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034. Acesso em: 12 nov. 2018.

GATTI, Bernadete A. Estudos quantitativos em educação e Pesquisa. **Educ. Pesq.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-30, 2004. Disponível em: <https://www.lite.fe.unicamp.br/revista/gatti>. Acesso em: 14 fev. 2018.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 233 p. Disponível em: https://www.multiciencia.unicamp.br/artigos.../R3_Barbosa_ing. Acesso em: 16 mar. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANINNI, Telma *et al.* **A história da enfermagem versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 338 p.

GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo *et al.* Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 646-653, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf. Acesso em: 15 set. 2017.

GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** 2000. 208 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br>. Acesso em: 26 mar. 2019.

GUÉLAUD, Françoise, *et al.* **Pour une analyse des conditions du travail ouvrier dans l'entreprise**. 4th ed. Paris: Librairie Armand Colin, 1975. Recherche du Laboratoire d'Economie et Sociologie du Travail C.N.R.S. Disponível em: <https://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000076312.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

GUERREIRO RAMOS, Alberto. **A nova ciência das organizações: uma reconstituição da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1981. 210 p.

GULYÁS, Attila. Subjective Well-being and work – a Brief Review on International Surveys and Results. **Intersections**, Budapest, HU, v. 2, n. 1, p. 74-97, 2016. Disponível em: <https://intersections.tk.mta.hu/index.php/intersections/article/view/187>. Acesso em: 20 jul. 2019.

HACKMAN, J. Richard; OLDFHAM, Greg R. **Document Resume**. New Haven: Yale University, 1974. p. 1-87. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED099580.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1989. 349 p.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>. Acesso em: 6 jun. 2019.

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Rev. Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a08.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

HIRATA, Helena. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 24-41, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/8854/5097>. Acesso em: 9 nov. 2017.

HIRATA, Helena. Globalização, trabalho e gênero. **Rev. Polít. Públicas**, São Luís, MA, v. 9, n. 1, p. 111-128, 2005. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770/1848>. Acesso em: 9 nov. 2017.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução: Luiz Repa. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2009. 296 p.

HORTA, Wanda A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 56 p.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. Tradução: Waltensir Dutra. 16. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 322 p. Disponível em: http://resistir.info/livros/historia_da_riqueza_do_homem.pdf. Acesso em: 18 fev. 2018.

IDE, Cilene Aparecida Costardi; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

JAMETON, Andrew. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs.**, Philadelphia, EUA, v. 4, n. 4, p. 542-551, 1993. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/14979650_Dilemmas_of_moral_distress_Moral_responsibility_and_nursing_practice. Acesso em: 20 nov. 2018.

KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

_____. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. *In*: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 3-13.

KURCGANT, Paulina; MASSAROLLO, Maria Cristina K. Braga. Cultura e poder nas organizações de saúde. *In*: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 26-33.

KARPINSKI, David; STEFANO, Silvio Roberto. Qualidade de vida no trabalho e satisfação: um estudo de caso no setor atacadista de beneficiamento de cereais. **Ciências Sociais Aplicadas**, Marechal Cândido Rondon, PR, n. 1, p. 1-23, 2008. Disponível em: <http://www.unicentro.br>. Acesso em: 19 nov. 2017.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232000000100013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jul. 2017.

LANCMANN, Selma. Apresentação: O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMANN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org.). **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 23-34.

LANCMANN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMANN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org.). **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004a. p. 47-104.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. O trabalho como enigma. *In*: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org.). **Cristophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004b. p. 127-139.

LASELVA, Cláudia Regina; MOURA JUNIOR, Denis Faria; REIS, Elisa Aparecida Alves. No alvo, o melhor profissional-seleção e treinamento. *In*: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência**: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 151-165.

LEITE, Tânia Maria Coelho; VERGÍLIO, Maria Sílvia Teixeira Giacomasso; SILVA, Eliete Maria. Trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 26-34, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18862/29595>. Acesso em: 30 jan. 2019.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, 2006. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf. Acesso em: 30 jun. 2019.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBECK, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001. Disponível em: https://cursospaíses.campusvirtuaisp.org/.../Leopardi_Cuidado_objeto_de_trabajo. Acesso em: 14 jan. 2018.

LIMA, Juliano de Carvalho; BINSFELD, Luciane. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: Núcleo Operacional Autônomo ou Assessoria de Apoio ao Serviço Médico? **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, p. 98-103, 2003. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a16.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A psicopatologia do Trabalho. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 10-15, 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000200003. Acesso em: 10 dez. 2017.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. **Rev. Psi.: Org. Trab.**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 203-216, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a06.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2019.

LOMBARDI, Maria Rosa; CAMPOS, Veridiana Parahyba. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Rev. ABET**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/SONY/Downloads/41162-99218-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SONY/Downloads/41162-99218-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 20 out. 2018.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu** [online], Campinas, SP, n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Acesso em: 20 jan. 2018.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. 343 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998, Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/77771/149129.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 jul. 2017.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre, 1995. 288 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/33268>. Acesso em; 15 jun 2019.

MACHADO, Luciana Souza de Freitas *et al.* Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 684-691, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MAENO, Maria *et al.* **Lesões por esforços repetitivos (LER)**. Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 5 abr. 2017.

MAGNABOSCO, Molise de Bem; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Rev. bras. epidemiol.** [online], São Paulo, v. 10, n. 4, p. 637-647, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400021&script=sci...tlng>. Acesso em: 2 set. 2017.

MAGNAGO, Tânia Bosi de Souza *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000300019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em. 28 nov. 2018.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2., 2004, Bauru. **Anais** [...] Bauru: USC, 2004. p. 1-10. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf. Acesso em: 18 out. 2017.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br. J. Psychiatry**, London, n. 148, p. 23-26, Jan. 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3955316>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Rev. Gestão Sistemas Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.100-109, 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>. Acesso em: 19 jun. 2019.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do C. Cruz; BOBROFF, Maria Crisitina. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.4, p.1107-1111, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: livro I. Tradução: Reginaldo Sant'Anna. 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. 571 p.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lucia Carmo Cruz. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12358.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MASCARENHAS, Nildo Batista *et al.* Percepção de discentes, docentes e trabalhadoras sobre o processo de trabalho da enfermeira. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 33, n. 27930, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27930/17960>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MASLOW, Abraham H. **Motivação e personalidade**. 2. ed. Nova York: Late, Brandeis University Harper & Row, 1954. 360 p. Disponível em: http://www.cra-rj.adm.br/publicacoes/textos_classicos/Motivation_and_Personality_Traduzido/files/assets/basic-html/page3.html. Acesso em: 18 fev. 2018.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** [online], Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2017.

MAYA, Paulo Valério Ribeiro. Trabalho e tempo livre: uma abordagem crítica. *In*: JACQUES, Maria da Graça Correa *et al.* (org.). **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 31-47. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892-07.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

MELO, Cristina Maria Meira. **Divisão social do trabalho e enfermagem saúde e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1985. 94 p.

MELO, Cristina Maria Meira *et al.* Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: revelando a precarização. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, e:20160067, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160067.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=TPDu2MICz0MC&pg=PA5&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 12 jul. 2016.

MENDES, Ana Magnólia; COSTA, Viviane Paz; BARROS, Paloma Castro. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho banca rio. **Est. Pesq. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 59-72, 2003. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7778/5626>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, Sandra Soares; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, 2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/receusp/>. Acesso em: 4 nov. 2018.

MENEZES, Silvia Regina Tamae; PRIEL, Margareth Rose; PEREIRA, Luciane Lucio. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online], São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400023&script=sci_abstract&tlng=pt/. Acesso em: 26 maio 2019.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINATEL, Vanda de Fátima *et al.* Gerenciamento do processo saúde-doença: um novo campo de atuação. In: BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 111-133.

MINAYO, Maria Cecília de S. Ciência técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-30.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004. 406 p.

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 521-532, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MIORIN, Jeanini Dalcol *et al.* Estratégias de defesa utilizadas por trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto socorro. **Rev. Enferm. Foco**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 57-61, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/796>. Acesso em: 5 jul. 2019.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/10.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.

OGUISSO, Taka. As origens da prática do cuidar. *In*: OGUISSO, Taka (org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri (SP): Manole; 2005. p. 3-29.

OLIVEIRA, Ana Maria de *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10 (Supl. 2), p. S433-S439, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/23.pdf>. Acesso em: 3 jul 2019.

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza *et al.* Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.15, n. 2, p. 334-343, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>. Acesso em: 3 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A OIT no Brasil**: trabalho decente para uma vida digna. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/ProgramasProjetos/NETP/Relat%C3%B3rio.%20OIT%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017.

_____. **As boas práticas da inspeção do trabalho no Brasil**: a inspeção do trabalho no Brasil: pela promoção do trabalho decente. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/labour_inspection/pub/trabalho_decente_inspecao_280.pdf. Acesso em: 1 nov. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Los hospitales y la salud para todos**. Informe de un Comitê de Expertos de la OMNS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos. Ginebra, 1987. (Série de Informes Técnicos. 744). Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17390es/s17390es.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2019.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. bras. enferm.** [online], Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>. Acesso em: 15 fev. 2017.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VAGHETTI, Helena Heidtmann; BRODERSEN, Gladys. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1572/G%C3%AAnero%20e%20enfermagem-%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 out. 2017.

PARANHOS, Ranulfo *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n.42, p. 384-411, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/v18n42/1517-4522-soc-18-42-00384.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 9, n. 55, p. 392-398, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a06.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

PEDUZZI, Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Trabalho em equipe e processo grupal. *In*: KURCGANT, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.108-124.

PEREIRA, Juliana Guisardi. **Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família.** 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11052015-144300/pt-br.php>. Acesso em: 15 out. 2018.

PEREIRA, Maria Elizabeth Roza; BUENO, Sonia Maria Vilela. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a10>. Acesso em: 20 jun. 2019.

PESSOA, Flávia Moreira Guimarães. **Relações de trabalho na sociedade contemporânea.** São Paulo: LTR, 2009. 165 p.

PINHO, Paloma de Sousa, ARAÚJO, Tânia Maria de. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PIRES, Denise Elvira. **Divisão social do trabalho.** Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 478 p. Disponível em: <http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

_____. **O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas.** 1988. 274 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/75508/99544.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho.** Estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Ciências Humanas) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PIRES, Denise Elvira. *et al.* Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Jornada-de-30-horas-semanais-condicao-necessaria-para-assistencia-de-enfermagem-segura-e-de-qualidade.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PIRES, Denise; GELBECKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Work organization in nursing: implications for work performance and life of unregistered nurses. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006. Acesso em: 12 jan. 2018.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 198 p.

_____. **Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico.** 1989. 214 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

PRADO, Marta Lenise. Epidemiologia: instrumento do processo de enfermagem? **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 234-241, 1994. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/136632/132383>. Acesso em: 28 maio 2019.

PRESTES, Francine Cassol *et al.* Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n4/a18v31n4.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. **Sufrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo.** **Etnográfica** [online], Portugal, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0873-65612011000300003&lng=pt&nrm=i&tlng=en. Acesso em: 10 jul. 2019.

RENAULT, Emmanuel. **L'expérience de l'injustice.** Paris: La Découverte, 2004. Disponível em: https://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-L_exp_rience_de_l_injustice-9782707144386.html. Acesso em: 17 ago. 2017.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jul. 2017.

RIBEIRO, Renato Mendonça *et al.* Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 216-223, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0216.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

RICHARDSON, Robert Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 336 p.

RODRIGUES, Eder Pereira *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0296.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ROSSI, Flavia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2019.

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lilian Gonçalves Daisy; PIRES, Aida Maris. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 321-329, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2018.

SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva. Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. In: UGÁ, Maria Alicia D., *et al.*, (org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 299-331. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>. Acesso em: 20 nov. 2018.

SANCINETTI, Tânia Regina. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais.** 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-14052009.../Tania_Sancinetti.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 300 p.

SANTOS, Cristiane Magali Freitas dos. **O sofrimento na organização do trabalho da enfermeira.** 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/9551/1/Cristiane%2520Magali%2520Santos.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

SANTOS, José Luis Guedes dos *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017.** 2018. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/TATIANE-ARA%3%9AJ0-DOS-SANTOS-PRECARIZA%3%87%3%83O-DO-TRABALHO-EM-ENFERMAGEM-EM-HOSPITAIS-P%3%9ABLICOS-DA-BAHIA-2015-2017.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019.

_____. **Valor da força de trabalho da enfermeira.** 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16495/1/Disserta%3%A7%3%A3o_Enf_%20Tatiane%20ara%3%BAjo%20dos%20Santos.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

SANTOS, Wenysson Noletto dos. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *J Manag Prim Health Care* v.5; n.2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210/213>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SARDENBERG, Cecilia M. B. Caleidoscópios de gênero: gênero e interseccionalidades na dinâmica das relações sociais. **Mediações**, Londrina, v. 20 n. 2, p. 56-96, 2015. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/.../Caleidoscopios%20de%20g%C3%94nero. Acesso em: 12 fev. 2018.

SCHERMERHORN JUNIOR, Jonh R.; HUNT, James G.; OSBORN, Richard N. **Fundamentos de comportamento organizacional.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1999. Disponível em: http://www.academia.edu/23478353/SCHERMERHORN_Jr_John_R_HUNT_James_G_and_OSBORN_Richard_N_-_Organizational_Behavior. Acesso em: 4 set 2017.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Tradução: Christine Rufino Dabat, Maria Betânia Ávila. 2005. Texto original: Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press, 1989. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: EdUFRJ; Cortez, 1994. 324 p.

_____. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622 p.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2006. Tradução de: The culture of the new capitalism. Disponível em: www.institutoveritas.net/livros-digitalizados.php. Acesso em: 3 set. 2017.

SHIMIZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev. bras. enferm.** [online]. Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jul. 2019.

SHIMIZU, Helena Eri Shimizu; CIAMPONE, Maria Helena Trench. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 148-155, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200007. Acesso em: 20 dez. 2018.

SHIMIZU, Helena Eri; COUTO, Djalma Ticiani; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 19, n. 3, 9 telas, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_16.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

SHOJI, Shino; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; FARIAS, Sheila Nascimento Pereira. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v.19, n.1, p. 43-48, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/984>. Acesso em: 14 dez. 2017.

SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 set. 2018.

SILVA, Jorge Luiz Lima da *et al.* Tensão no trabalho e a prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000134&pid=S0034-7167201300050002000030&lng=en. Acesso em: 13 jun. 2019.

SILVA, Karla Rona *et al.* Trabalho em equipe: reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. Supl 5, e-S280501, p. 1-8, 2018. Disponível em: www.Rmmg.org/exportar. Acesso em: 10 jul. 2019.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. esp., p. 25-37, abr. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea04.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SILVA, Rosângela Marion da *et al.* Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 nov. 2018.

SOARES, Leticia Gramazio *et al.* Multicausalidade nos acidentes de trabalho da enfermagem com material biológico. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66 n. 6, p. 854-859, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/07.pd>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SOARES, Mirelle Inácio *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 47-53, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>. Acesso: 20 jul. 2019.

SOEGAARD, Hans; JOERGEN, Pedersen. Prevalence of Common Mental Disorders among Incident Individuals on Long-Term Sickness Absence When Compensating for Non-Participation. **Psychology**, [S.l.], v. 3, n. 29, p. 818-824, Jan. 2012. Disponível em: https://file.scirp.org/pdf/PSYCH20122900013_95268253.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

SOUSA, Solange Meira de *et al.* Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 529-536, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0504.pdf. Acesso em: 16 jul, 2019.

SOUZA, Magda Nascimento Medeiros de, *et al.* Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 35, supl.1, p. 38-54 jan./jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2297.pdf>. Acesso em 5 jul. 2019.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 223-344, ago./dez. 2010.

_____. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J. MARTINIANO, C., PATRIOTA, L.M. (org.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-08.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2017.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Márcia Tereza Luz. Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da enfermeira. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 229-236, 2005. Disponível em: revistaenfermagem.eean.Edu.br/audiencia. Acesso em: 28 maio 2019.

SOUZA, Rafaella, Cristina; SILVA, Silmar Maria; COSTA, Maria Lucia Alves de Sousa. Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento. **Rev. bras. med. Trab.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 493-502, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org>. Acesso em: 20 maio 2019.

SPAGNOL, Carla Aparecida. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4405/2342>. Acesso em: 20 ago. 2017.

STATA software estatístico (versão 12.0). São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.stata-brasil.com/software/stata.html/?utm_medium=adwords&utm_campaign=statabrazil&utm_source=software&gclid=EAIAIQobChMIItq-wlYmm4wIVD4GRCh2yWgoUEAAYASAAEgKth_D_BwE. Acesso em: 30 jun. 2018.

SZNELWAR, Laerte Idal. Introdução. *In*: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (org.). **Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução: Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 35-43.

TAMADA, Rosane Cristina Piedade; BARRETO, Fátima da Silva Bareto; CUNHA, Cristina Kowal Olm. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. *In*: Congresso Online – Administração, 10., 2013, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: Convibra, 2013. p. 1-16. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/38/2013_38_7937.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina Maria M. As Organizações Sociais no setor saúde: inovando as formas de gestão? **Organ. Soc.**, Salvador, v. 8, n. 22, p. 1-12, 2001. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/10587/7579>. Acesso em: 20 mar. 2018.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. Tradução: Arlindo Vieira Ramos. São Paulo: Atlas, 1970. 110 p. Disponível em: <http://cesarmangolin.fles.wordpress.com>. Acesso em: 12 nov. 2017.

THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 247 p.

TIGER, Lionel. **A busca do prazer**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1993.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 9 nov. 2017.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora *et al.* Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 77-82, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n5/13863.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Tainara Genro et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7538/pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

VIEIRA, Manoel Luis Cardoso *et al.* Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, e:23580, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a12.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

YLMAM, Kedir; KEBEDE, Yigzaw; AZALE, Telake. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. **J. Depress. Anxiety**, Los Angeles, CA, v. 1, n. 7, p. 2167-1044, 2014. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/prevalence-of-common-mental-disorders-and-associated-factors-among-adults-in-kombolcha-town-northeast-ethiopia-2167-1044-S1-007.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró Borges. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.24, n.3, p. 414-418, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002011000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 1 jun. 2019.

WERLANG, Rosângela; MENDES, Jussara Maria Rosa. Sofrimento social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 116, p. 743-768, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n116/09.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

WISNER, Alain. **Por dentro do trabalho**. São Paulo: FTD; Oboré, 1987. Disponível em: http://www.forumat.net.br/at/sites/default/files/arq-paginas/wisner_org_do_trabalho_0.pdf. Acesso em: 25 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf. Acesso em: 16 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Role of Hospitals in programmes of community health protection**. Wld. Hith Org Techn Rep. Ser, 1957. Technical Report Series No. 122. Genebra, 1957. 34 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40375/WHO_TRS_122.pdf?sequence=1 Acesso em: 18 set. 2018.

WOLECK, Aimoré. O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica. **Rev. Divulgação Técnico-científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação**, Indaial, SC, n. 1, p. 1-15, jan. 2002. Disponível em: [http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/736/1/SocTrabalho%20\(1\).pdf](http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/736/1/SocTrabalho%20(1).pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA (QUESTÕES PROVOCADORAS)

Identificação

Sexo.....Idade..... Cor da pele.....

Estado Civil.....Escolaridade.....

Profissão.....Ocupação.....

Faixa salarial..... Vínculo empregatício

Turno de trabalho.....Carga horária semanal.....

Tempo de serviço na instituição

1. Fale-me sobre seu trabalho

2. Em quais situações o seu trabalho lhe dá prazer?

3. Em quais situações o seu trabalho lhe traz sofrimento?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

Número.....

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de um estudo intitulado **Prazer, Sofrimento e Adoecimento no Trabalho de Enfermagem em um Hospital Geral em Salvador**. Este estudo será realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital público de ensino e pesquisa em Salvador. Trata-se de um projeto de tese desenvolvido no Doutorado na Universidade Católica do Salvador no Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania que é de autoria da aluna do curso de doutorado, Zelma Miriam Barbosa Guimarães, sob orientação da Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Tem como objetivo geral: analisar os fatores determinantes para o sofrimento e/ou prazer no trabalho de enfermagem hospitalar e como objetivos específicos: caracterizar o perfil sócio- demográfico dos trabalhadores; conhecer o padrão de doenças e sintomas psicoemocionais entre os trabalhadores e características e condições do trabalho; investigar os fatores que promovem o sofrimento e/ou prazer no trabalho de enfermagem; descrever as estratégias individuais para o enfrentamento do sofrimento; e estabelecer correlações entre o sofrimento e/ou prazer no trabalho.

Realizaremos duas técnicas de coleta de dados. Um questionário e uma entrevista. As entrevistas serão realizadas em local reservado, sem a presença de outras pessoas, evitando assim lhe expor a constrangimentos e garantindo o sigilo e anonimato das informações. Caso concorde em participar, sua entrevista será gravada, mas a sua participação será mantida em sigilo e as informações serão usadas especificamente para a construção da tese resultante deste projeto, já citado, para publicações de artigos científicos sem haver, contudo, divulgação de informações que permitam a sua identificação.

Os dados resultantes desta pesquisa serão guardados por um período de cinco anos, no NESCS (Núcleo de Estudos e Pesquisas de Saúde e Cidadania) da Universidade Católica do Salvador somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a estas informações. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para os participantes a qualquer momento quando solicitado. Após o período de cinco anos esse material será incinerado.

Este estudo embora não lhe ofereça riscos físicos, poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, ou sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas da pesquisadora. Assim, caso o (a) senhor (a) sinta algum desconforto, a entrevista será interrompida, serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário, caso esteja no hospital. A pesquisadora permanecerá ao

seu lado pelo tempo que for necessário. Como benefício deste projeto, é conhecer as percepções de sofrimento e/ou prazer no trabalho de enfermagem em um hospital público, e as estratégias de enfrentamento utilizadas, caso seja evidenciado o sofrimento no cotidiano do trabalho de enfermagem, se possível estaremos juntos com os gestores, analisando possíveis intervenções organizacionais que atuem no coletivo, minimizando conflitos, valorizando a subjetividade do trabalhador, nas atividades desenvolvidas, além do bem-estar, e a qualidade de vida no trabalho.

O (a) senhor (a) poderá sair deste estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades em relação ao seu trabalho. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida e a pesquisadora enfermeira oferecerá todo o apoio necessário. A pesquisadora e os participantes não estarão recebendo remuneração para a realização do estudo, mas caso tenha alguma despesa em decorrência dessa entrevista o Senhor (a) será ressarcido. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que o (a) senhor (a) leia atentamente este documento. Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento de suas dúvidas.

Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcorrer deste estudo o (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 999784859; do email: zmbgui@gmail.com; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, da Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania, pelo telefone (71) 32038913, localizado à Avenida Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador – Bahia. Horário de atendimento de segunda a sexta em horário comercial. Telefone da CONEP : (61)33155877.

Caso concorde, pedimos que assine este documento em duas vias, sendo uma do participante e a outra, da pesquisadora.

Salvador, _____ de _____ de 2018

Zelma Miriam B. Guimarães (Pesquisadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ fui procurado pela pesquisadora Zelma Miriam Barbosa Guimarães a participar voluntariamente de um estudo intitulado **Prazer, Sofrimento e Adoecimento no Trabalho de Enfermagem em um Hospital Geral em Salvador**.

Entendi que minha participação é voluntária e será mantida em sigilo; compreendi que estarei contribuindo para conhecer as percepções de sofrimento e/ou prazer no trabalho de enfermagem em um hospital, e as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses trabalhadores caso seja evidenciado o sofrimento no cotidiano do trabalho de enfermagem, se possível estaremos juntos com os gestores, analisando possíveis intervenções organizacionais que atuem no coletivo, minimizando conflitos, valorizando a subjetividade do trabalhador, nas atividades desenvolvidas, além do bem estar, e a qualidade de vida no trabalho. Estou esclarecido (a) de que minha recusa em participar do estudo, ou minha desistência no decorrer da pesquisa, não afetará em nada no meu trabalho.

Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcorrer deste estudo o (a) Senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 999784859; do email: zmbgui@gmail.com; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, pelo telefone (71) 32038913, localizado à Avenida Cardeal da Silva, 205, Federação, Salvador – Bahia.

Salvador, _____ de _____ de 2018

Assinatura do participante

ANEXO A – TRABALHO HOSPITALAR E SAÚDE (THS)

- Dados Sociodemográficos e Ocupacionais e Clínicos

Setor Nº

Data:-----/-----2018

I Dados Pessoais : 1. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
2. Idade	<input type="checkbox"/> ≤ 39 anos	<input type="checkbox"/> ≥ 39 anos	
3. Cor da pele	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta e Parda	
4. Situação conjugal	<input type="checkbox"/> Com companheiro	<input type="checkbox"/> Sem companheiro	
5. Tem Filhos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
6. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Superior ou mais	
7. Estuda atualmente	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
8. Renda (em salários mínimos - SM)	<input type="checkbox"/> ≤ 5 SM	<input type="checkbox"/> ≥ 5SM	
II. Trabalho			
9 Profissão	<input type="checkbox"/> Técnica de enfermagem	<input type="checkbox"/> Enfermeira	Outra:
10. Ocupação	<input type="checkbox"/> Técnica de enfermagem	<input type="checkbox"/> Enfermeira	
IV Trabalho no Hospital			
11. Tempo de trabalho neste hospital	<input type="checkbox"/> ≤ 10 ANOS	<input type="checkbox"/> ≥ 10 ANOS	
12 Tempo na ocupação	<input type="checkbox"/> ANOS	<input type="checkbox"/> ≥ 10 ANOS	
13. Vínculo empregatício	<input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Concursado	Qual?
14 Quala jornada de trabalho semanal	<input type="checkbox"/> ANOS	<input type="checkbox"/> ≥ 30 ANOS	Outra
15 Qual o seu horário de trabalho?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã e tarde (MT)	<input type="checkbox"/>
16 Durante sua jornada de trabalho voce faz pausas? (não incluir horários de almoço e jantar)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
17 Todas essas pausas são previstas pela chefia?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
18 O tempo para realizar as tarefas era suficiente	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

Trabalho Hospitalar e Saúde (THS) - Dados Sócio-Demográficos e Ocupacionais e Clínico (Cont.)			
19 As tarefas variavam	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
20 Sente-se pressionado pelo chefe imediato	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
21 Sente disposição para se divertir ao final da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
22 Sente disposição para trabalhar ou estudar ao final da jornada de trabalho	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
23 Considera seu trabalho perigoso	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
24 Considera a divisão de tarefas adequada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
IV Saúde Atual			
25 Tem algum problema de saúde	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?
26 Ficou afastada por adoecimento ou acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Motivo
27 Faz uso de medicação em função do problema atual	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Qual?
28 Realiza algum tratamento fisioterapêutico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

ANEXO B – SELF REPORTING QUESTIONNAIRE-20 (SRQ-20)

	SRQ-20	SIM	NÃO
1.	TEM DORES DE CABEÇA FREQUENTE		
2.	TEM FALTA DE APETITE		
3	DORME MAL		
4	ASSUSTA-SE COM FACILIDADE		
5	TEM TREMORES NA MÃO		
6	SENTE-SE NERVOSA (O), TENSA(O) OU PREOCUPADA (O)		
7	TEM MÁ DIGESTÃO		
8	TEM DIFICULDADE DE PENSAR COM CLAREZA		
9	TEM SE SENTIDO TRISTE ULTIMAMENTE		
10	TEM CHORADO MAIS DO QUE DE COSTUME		
11	ENCONTRA DIFICULDADES PARA REALIZAR COM SATISFAÇÃO SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS		
12	TEM DIFICULDADE PARA TOMAR DECISÕES		
13	TEM DIFICULDADE NO SERVIÇO (SEU TRABALHO É PENOSO, LHE CAUSA SOFRIMENTO)		
14	É CAPAZ DE DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL EM SUA VIDA		
15	TEM PERDIDO O INTERESSE PELAS COISAS		
16	VOCE SE SENTE UMA PESSOA INÚTIL, SEM PRÉSTIMO		
17	TEM TIDO A IDEIA DE ACABAR COM A VIDA		
18	SENTE CANSADA(O) O TEMPO TODO		
19	TEM SENSACIONES DESAGRÁDAVEIS NO ESTOMAGO		
20	VOCE SE CANSA COM FACILIDADE		

ANEXO C – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

<p style="text-align: center;">UMA DOSE =</p> <p>150 ml de vinho</p> <p>350 ml de cerveja</p> <p>1 dose de destilado (whisky, vodka, pinga): 40ml</p>	<p>Instruções para preenchimento: a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose</p>
--	---

<p>1 Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a quatro vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>2. Nas ocasiões em que bebe quantas doses você costuma tomar? (0) 1 a 2 doses (1) 3 a 4 doses (2) 5 a 6 doses (3) 7 a 9 doses (4) 10 ou mais doses</p>	
<p>3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de bebidas em uma ocasião? (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar? (0) nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida? (0) nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? (0) nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber? (0) nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida? (0) nunca (1) Uma vez por mês ou menos (3) Duas a três vezes por semana (2) Duas a quatro vezes por mês (4) Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido? (0) não (1) sim, mas não no último ano (4) sim, durante o último ano</p>	
<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber? (0) não (1) sim, mas não no último ano (4) sim, durante o último ano</p>	
<p>TOTAL</p>	

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DA DIRETORIA GERAL**HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS**

Salvador-BA, 20 de Setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas corresponsabilidades como organização coparticipante do projeto de pesquisa intitulado **“PRAZER, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL GERAL DE SALVADOR”**, de autoria da Pós Graduanda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), **ZELMA MIRIAM BARBOSA GUIMARÃES** e sob a orientação da Professora Dra **ANA MARIA FERNANDES PITTA**, tendo como origem a **UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR – UCSAL**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

José Admirço Lima Filho
Diretor Geral/HGRS
Cad. 19.016.601-5

Dr. José Admirço Lima Filho
Diretor-Geral – HGRS

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ASSOCIAÇÃO UNIVERSITÁRIA
E CULTURAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRAZER, SOFRIMENTO, E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL GERAL EM SALVADOR

Pesquisador: Zelma miriam Barbosa Guimaraes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79155717.7.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.393.675

Apresentação do Projeto:

O trabalho, como um ato necessário e uma atividade, garante o desenvolvimento econômico e a produção; como relação social, permite a convivência com o outro, e essa relação pode ser conflituosa ou prazerosa. Entretanto, a relação do trabalhador com o trabalho é subjetiva, e, paradoxalmente, pode ser determinante para o sofrimento, seja psíquico, moral e social e o adoecimento físico e/ou psíquico. (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2012).

O sofrimento relacionado ao trabalho, na contemporaneidade, se manifesta em função do enfrentamento dos conflitos, pelo trabalhador, no que concerne ao trabalho prescrito e ao trabalho real (BRITO, 2006). Pitta (1994) demonstra a existência de sofrimento psíquico no ambiente hospitalar e estabelece relações significativas entre o trabalho hospitalar e o sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Dentre as características ocupacionais dos trabalhadores nos estudos realizados por Guimarães (2013), Brandão, Horta e Tomasi (2004), Salim (2003), Varela e Ferreira (2004), as profissões mais acometidas são: bancários, operadores de caixa, auxiliares de limpeza, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Dessa forma, o presente estudo será constituído de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa a ser realizada em um hospital geral, público, de grande porte, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial, tendo como participantes, os trabalhadores de enfermagem.

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br