

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro - uma revisão integrativa”

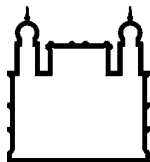
por

Olga Veloso da Silva Oliveira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Tereza Luz Lisboa*

Rio de Janeiro, novembro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro - uma revisão integrativa”

apresentada por

Olga Veloso da Silva Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 03 de novembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha pequenina Beatriz, razão de minha inspiração, que transformou a minha vida em felicidade! Aos meus amados pais João e Cileide que tanto me apoiaram nesta jornada: mãe sem sua ajuda eu não teria chegado até aqui! Ao meu esposo e amigo Marcio que tanto me incentivou e apoia nesta missão de educar e aprender! Ao meu irmão Anderson grande incentivador! Estendo esta dedicatória, a todos os trabalhadores de enfermagem que trabalham neste universo, muitas vezes, tão patológico para nossa saúde mental, mas que resistem e lutam bravamente para não desistirem desta profissão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me fortalecido todos os dias para que não desistisse. Ao meu Pai que não permitiu que eu esmorecesse mediante as dificuldades. E como não agradecer aos meus amigos espirituais que tanto me inspiraram a fazer as escolhas corretas nesta caminhada!

Aos meus pais que me deram a oportunidade de viver esta vida, e me ensinaram a vencer independente das adversidades, com humildade e dedicação. Ao meu irmão que mesmo de longe, tenho certeza que emitia bons pensamentos para que alcançasse o sucesso nesta jornada.

Àquela que desde os primeiros dias de vida fez o mestrado junto comigo, em meu ventre, e hoje é a maior razão para minha realização pessoal tão almejada: Beatriz! Você ilumina todos os dias da minha vida com seu sorriso e alegria. Desculpe-me por ter deixado de brincar com você muitas vezes, mas foi por você e para você que fiz tudo isto!

Ao meu companheiro e amigo Marcio, quem está aprendendo junto comigo esta missão de criar esta criatura iluminada que Deus nos concedeu! Obrigada por todos os dias ouvir meus desabafos e me incentivar a não desistir, nunca esquecerei suas palavras: - O cavalo branco só passa uma vez, se você não lutar, ninguém poderá lutar por você! E de me perguntar insistentemente: - Quando é que este trabalho acaba?

À minha orientadora Lúcia Rotenberg, minha fonte de inspiração, a quem também dedico este trabalho! Você proporcionou a realização de meu sonho, e com todo o seu saber investiu em minha orientação quando tudo parecia acabado! Obrigada por compreender as minhas inúmeras fases, este enorme coração me abraçou, e me fez acreditar que eu conseguiria, sou eternamente grata! Foi uma honra tê-la como orientadora! Muito obrigada!

À minha co-orientadora Marcia Lisboa, quem eu tenho profunda admiração! Minha professora no primeiro semestre da graduação, e que a vida fez com que eu me reencontrasse no mestrado. A vida é assim, feita de escolhas e de encontros. Foi uma honra tê-la como orientadora, junto com a Lucia, vocês me desafiaram a todo o momento, e contribuíram para que eu conseguisse o que tanto desejava no final desta árdua tarefa: o reconhecimento de

ambas pelo trabalho concretizado! Obrigada por compartilharem o conhecimento de vocês comigo.

À minha grande amiga Raquel Ramos que foi instrumento de Deus para me mostrar a saída para minhas dificuldades. Não é à toa que Deus lhe deu este dom de ensinar, você também foi fundamental para que eu transformasse o meu modo de olhar para minha pesquisa. Sua escuta nas longas conversas por mensagens, sensibilidade, desprendimento em me auxiliar mesmo envolvida com seu doutoramento, e sugestões serão inesquecíveis para a minha vida acadêmica.

Aos meus grandes amigos Elson e Bete que acompanharam esta jornada desde o início, e tanto oraram por minha vitória obrigada!

Às professoras Norma Valéria Dantas e Simone Oliveira por terem edificado minha pesquisa com suas contribuições de maneira tão carinhosa e generosa aprimorando minha dissertação.

À professora Regina Zeitouné pelas contribuições no que tange à metodologia, suas sugestões foram fundamentais para o delineamento metodológico do meu trabalho.

Ao coordenador de enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rogerio Marques que compreendeu que eu precisava de um tempo, e foi o “senhor do tempo”, me concedendo este momento, mesmo com dificuldades na escala, para que eu conseguisse elaborar os meus pensamentos. Muito obrigada!

Às enfermeiras coordenadoras de enfermagem do Instituto Nacional do Câncer, Vera Belo e Luciana Oliveira que permitiram que outras colegas de trabalho como a Luciene Miguel e a própria Luciana me ajudassem. Obrigada amigas e/ou colegas do INCA que tanto me incentivaram em algum momento com palavras de confiança de que eu conseguiria chegar ao fim deste trabalho. Ao meu querido plantão que compreendeu minhas ausências – Denilse Alves, Tania Reis, Ericka Cristina e Sheila Rosa – muito obrigada!

Às minhas colegas nutricionistas do INCA Emanuely Varea e Ignez Alencastro, obrigada pelas longas conversas e incentivo.

Às minhas colegas do HUPE, Mariinha Teixeira, Regina Castro, Enir, Raquel Pompilho e Ronaldo Sampaio, que também tanto me ajudaram no trabalho, e as que também me incentivaram com palavras de carinho e apoio, obrigada!

Aos meus familiares e do meu esposo, obrigada por terem se preocupado e compreendido minha dedicação a este trabalho. Obrigada tia Edizia Rodrigues, membro da Academia Camaragibense de Letras de Pernambuco, por me inspirar com sua resiliência, espero que se orgulhe desta sobrinha teimosa!

Aos meus colegas de turma do mestrado, Hebert, Suzana, Renata, Ana Paula, Daiana e Daniela muito obrigada! Foi muito bom conhecer vocês, obrigada por me incentivarem a continuar lutando afirmando que eu conseguiria! Não esqueço suas palavras Hebert, no momento em que me encontrava mais desestimulada por não ir a campo em decorrência da falta de tempo: - Veja por outro ângulo, este objeto de estudo te ajudará muito para o seu doutorado! Obrigada por suas palavras que me fizeram repensar minha trajetória.

À professora Élide Hennington por suas sugestões a minha pesquisa na disciplina Seminários Avançados II, foram fundamentais para o norteamento do meu trabalho, obrigada!

Ao professor Willer Baumgarten pela oportunidade de me apaixonar por metodologia da pesquisa em sua disciplina, ouvir este poeta durante as aulas exalando sensibilidade e genialidade com as palavras, transformaram minhas tardes em encontros muito agradáveis!

Aos professores Aldo Pacheco, Ana Maria Braga, Ary Carvalho, Renato Bonfatti e Tatiana Wargas, obrigada por compartilharem seus conhecimentos comigo, suas contribuições nas disciplinas ministradas foram muito importantes para minha pesquisa, me tornando uma pessoa mais crítica e consciente do meu papel neste mundo da “saúde, trabalho e ambiente”!

À bibliotecária Arlete Oliveira, que me ajudou muito com minhas buscas bibliográficas fazendo importantes apontamentos para o norteamento de minha pesquisa.

À minha amiga Jacqueline Cintra que há tanto tempo me incentiva para ampliar o conhecimento no mestrado, obrigada!

À minha amiga-irmã Isabelle Caldas que comemorou comigo esta vitória ao ingressar no mestrado, e me incentivou ao longo de toda esta trajetória, obrigada!

Aos meus colegas de mestrado da turma 2014, Gabriele, Mariana, Juliana, Valdinei e Giselle que tanto me incentivaram este ano! Obrigada!

A minha revisora Daniele Lippert que muito me ajudou nesta reta final da dissertação.

A quem porventura eu tenha esquecido muito obrigada!

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

Cora Coralina

RESUMO

OLIVEIRA, O.V.S. **As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro: uma revisão integrativa.** Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

As estratégias coletivas de defesa se apresentam como modos de agir dos trabalhadores frente ao sofrimento, na tentativa de não sucumbir frente a pressões da organização do trabalho. Estas estratégias são construídas coletivamente e integram o arcabouço teórico da Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Christophe Dejours. A dissertação teve como o objetivo geral analisar as estratégias coletivas de defesa descritas nos estudos empíricos com trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros. Foi realizada uma revisão integrativa, que visa realizar uma síntese e análise crítica do conhecimento produzido acerca do objeto estudado. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE, BDENF e PePSIC, definindo-se o período 1980-2013 como marco temporal. Como descritores, foram utilizados os termos “enfermagem” e “trabalho” e como palavras-chave os termos “psicodinâmica”, “estratégias coletivas de defesa” e “sofrimento”. Foram selecionados vinte materiais, sendo quinze artigos, três teses e duas dissertações. Todos os textos baseiam-se em abordagens qualitativas; cinco estudos baseiam-se na proposta metodológica preconizada por Dejours. A entrevista semiestruturada foi a técnica mais comumente utilizada, sendo a análise do conteúdo a técnica de interpretação mais frequente. A análise do material bibliográfico sugere uma tendência ao aumento no número de publicações nos anos mais recentes, com média de 1,1 estudos/ano de 2000 a 2009 e média de 1,8 artigos no período 2010-2013. Dentre as publicações relativas a setores específicos do hospital, as Unidades de Terapia Intensiva concentraram o maior número de estudos. As estratégias coletivas de defesa identificadas vinculavam-se, principalmente com o sofrimento decorrente da lida com o paciente e com outros fatores desestabilizantes da organização do trabalho, das condições de trabalho e relações sociais no meio hospitalar. As estratégias mais frequentes nos estudos foram a negação do sofrimento, o distanciamento do paciente e a banalização do sofrimento. Também se destacaram estratégias voltadas para a solidariedade com os colegas e o relacionamento da equipe em situações de dificuldade, a improvisação de recursos materiais a partir de condições precárias de trabalho, ausência e fugas do local de trabalho, além de atitudes de descontração e humor. Em especial nas UTIs a estratégia mais prevalente foi o distanciamento do paciente, o que sugere intenso sofrimento vivenciado pelos trabalhadores em um cenário caracterizado pela urgência, longa permanência dos pacientes, atenção e vigilância. O estudo contribuiu para ampliar as discussões e reflexões sobre as estratégias de enfrentamento frente às vivências de sofrimento no trabalho em hospitais. Os resultados poderão subsidiar discussões sobre a vivência subjetiva do trabalhador de enfermagem no contexto hospitalar, podendo contribuir para a mobilização dos mesmos no sentido de reduzir as adversidades decorrentes da organização do trabalho.

Palavras-chave: Trabalho. Psicodinâmica do trabalho. Enfermagem. Estratégias coletivas de defesa.

ABSTRACT

OLIVEIRA, O.V.S. **The collective defense strategies developed by nursing staff in the Brazilian hospital context: an integrative review.** Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

The collective defense strategies are ways of acting against the suffering of workers in an attempt not to succumb to pressures of work organization. These strategies are collectively constructed and integrate the theoretical framework of the psychodynamics of work, proposed by Christophe Dejours. The objective of the dissertation was to analyze the collective defense strategies described in empirical studies with nursing professionals in Brazilian hospitals. An integrative review was performed, which aims to achieve a synthesis and critical analysis of the knowledge about the object under study. The following databases were used: LILACS, SciELO, MEDLINE, and BDENF PePSIC, considering the period 1980-2013. The terms "nursing" and "work" were used as descriptors; "psychodynamic" terms "collective defense strategies" and "suffering" were used as key words. Twenty materials were selected, fifteen articles, three theses and two dissertations. All texts are based on qualitative approaches; five studies based on the proposed methodology advocated by Dejours. A semi-structured interview was the most commonly used technique, and content analysis technique was the most frequent method for interpretation. The analysis of bibliographic material suggests a tendency to increase in the number of publications in recent years, averaging 1.1 studies/year from 2000 to 2009 and an average of 1.8 studies/year in 2010-2013. Among the publications related to specific sectors of the hospital, the intensive care units concentrated the largest number of studies. The collective defense strategies identified were associated with the suffering caused by dealing with the patient and other destabilizing factors of work organization, working conditions and social relations in hospital settings. The most common strategies in the studies were the denial of suffering, the distance of the patient and the trivialization of the suffering. Other relevant strategies were solidarity with colleagues and the relationship of the team in difficult situations, the improvisation of material resources in situations of poor working conditions, running away from the workplace, as well as attitudes of relaxation and mood. Especially in ICUs, the most prevalent strategy was the distance of the patient, which suggests intense suffering experienced by workers in a scenario characterized by urgency, long-stay patients, attention and vigilance. The study helped to broaden the discussions and reflections on strategies for coping with experiences of suffering at work in hospitals. The results may support discussions about the subjective experience of nursing workers in hospital settings and may contribute to the mobilization of workers in order to reduce the adversities of work organization.

Palavras-chave: Work. Psychodynamics of Work. Nursing. Collective defense strategies

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de publicação. Rio de Janeiro, 2014.	60
Tabela 2	Distribuição do material bibliográfico segundo o veículo de publicação ou divulgação. Rio de Janeiro, 2014.	61
Tabela 3	Distribuição do material bibliográfico segundo a procedência dos autores (primeiro autor). Rio de Janeiro, 2014.	61
Tabela 4	Distribuição do material bibliográfico segundo a categoria profissional dos autores (primeiro autor). Rio de Janeiro, 2014.	62
Tabela 5	Distribuição do material bibliográfico segundo a categoria profissional dos participantes dos estudos. Rio de Janeiro, 2014.	63
Tabela 6	Distribuição do material bibliográfico segundo o ano de publicação ou defesa (teses e dissertações). Rio de Janeiro, 2014.	64
Tabela 7	Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de estudo. Rio de Janeiro, 2014.	65
Tabela 8	Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de análise. Rio de Janeiro, 2014.	66
Tabela 9	Distribuição do material bibliográfico segundo o cenário de estudo. Rio de Janeiro, 2014.	68
Tabela 10	Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de instituição estudada. Rio de Janeiro, 2014.	70

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Quantidade de estudos encontrados, pertinentes, excluídos por duplicidade e selecionados, de acordo com as bases de dados utilizadas. Rio de Janeiro, 2014.	56
Quadro 2	Descrição dos estudos quanto à codificação, título, autores, periódico/Universidade, ano e tipo de publicação. Rio de Janeiro, 2014.	58
Quadro 3	Distribuição do material bibliográfico segundo o procedimento de coleta de dados. Rio de Janeiro, 2014.	67
Quadro 4	Descrição dos autores, códigos do estudo, termos utilizados, cenários, sujeitos e estratégias coletivas de defesa. Rio de Janeiro, 2014.	73
Quadro 5	Estratégias coletivas de defesa identificadas nos diferentes estudos. Rio de Janeiro, 2014.	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de dados da Enfermagem
BIREME	Biblioteca da Rede médica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FENPB	Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira
IP/USP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe em ciências da saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em ciências da saúde
OMS	Organização mundial da saúde
OPAS	Organização Pan-americana da saúde
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PEPSIC	Periódicos eletrônicos em Psicologia
PPT	Psicopatologia do Trabalho
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
Contextualização do problema.....	17
Justificativa do estudo.....	21
 2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 A psicodinâmica do trabalho	23
O sofrimento no trabalho	26
As estratégias coletivas de defesa.....	29
2.2 O trabalho em saúde e a enfermagem.....	33
 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.1 Etapa 1- Identificação do tema a ser estudado e formulação da questão de pesquisa	49
3.2 Etapa 2 - Seleção dos critérios de inclusão/exclusão e busca na literatura	50
3.3 Etapa 3 - Definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos	54
3.3 Etapa 4 – Avaliação dos estudos	54
3.5 Etapa 5 - Interpretação dos resultados	55
3.4 Etapa 6 - Síntese do conhecimento	55
 4 RESULTADOS	56
4.1 Caracterização dos estudos selecionados	56
4.2 As estratégias coletivas de defesa: resultados e análise	71
4.3 Síntese do conhecimento sobre as estratégias coletivas de defesa	124
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132

APÊNDICE A – Ficha para classificação do material bibliográfico segundo os critérios de inclusão e exclusão	148
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados	149

1. Introdução

Esta dissertação tem como objeto de estudo “as estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem de hospitais brasileiros”. Tais estratégias, de acordo com Dejours (2007), consistem na construção pelo grupo de trabalhadores, de modos de agir no enfrentamento das adversidades do ambiente trabalho, como uma tentativa de não sucumbirem, mediante as situações conflitantes advindas do seu labor.

A reflexão sobre a repercussão desse conceito nos cenários da prática assistencial da equipe de enfermagem foi o primeiro passo para o desenho do presente estudo. Aliado a tal reflexão, o interesse por este objeto vem se desenvolvendo ao longo de quatorze anos de trajetória profissional.

Graduei-me em enfermagem em 2000 pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e ingressei logo em seguida na Residência em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), tendo como cenário de estágio um hospital público federal, na cidade do Rio de Janeiro. Desde a formação, minha inserção sempre se deu em unidades de saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciando as influências políticas, econômicas e sociais do país. Atuei como gestora de unidade, preceptora de residentes de enfermagem e como enfermeira no atendimento direto ao usuário, no sentido de prover as suas necessidades de saúde, obedecendo a diversas escalas e turnos de trabalho (diarista, plantonista, serviço diurno e noturno).

Nesses campos de atuação, as observações que decorreram das experiências vivenciadas na minha prática profissional foram a motivação para o desenvolvimento deste estudo, na medida em que me instigaram a compreender os diversos matizes do trabalho e suas interferências no processo de trabalho da enfermagem.

Entretanto, o interesse se conformou não somente a partir das reflexões oriundas das práticas assistencial e gerencial, mas também a partir das discussões e leituras realizadas na disciplina isolada do Programa de Pós Graduação na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cuja ementa tratava da saúde do trabalhador e do adulto. Nessa disciplina fui apresentada a diferentes temas que ampliaram os meus horizontes acerca do mundo do trabalho, permitindo-me tanto o direcionamento do olhar mais crítico para as incoerências do labor, quanto sua interferência na saúde psíquica dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que também pode ser fonte de prazer.

Através dessas leituras, um tema em especial me despertou o interesse: as dinâmicas do processo do trabalho nas quais o trabalhador está inserido, e a relação da organização do

trabalho com a saúde psíquica do trabalhador, permitindo-me tecer reflexões sobre a relação do trabalho com a subjetividade.

Traçando uma aproximação com os preceitos teóricos ali apresentados e a prática profissional, observei trabalhadores de enfermagem que, mesmo mediante contextos de trabalho semelhantes, se comportavam de formas diferentes: alguns agiam como se nada estivesse acontecendo, outros eram questionadores e buscavam lutar por melhores condições de trabalho; outros aparentavam estar doentes e viviam se afastando do trabalho através de licenças, faltas, trocas de plantões ou até pagamentos de plantões. Existiam ainda aqueles que, inseridos nas discussões sobre as situações vivenciadas, se calavam, aparentavam e, por vezes, até mesmo mencionavam o medo de falar.

O modo como o trabalho influenciava cada indivíduo era algo que me deixava muito curiosa. Inúmeras vezes me questionava o porquê de alguns trabalhadores executarem suas atividades normalmente, mas distantes dos seus superiores fazerem duras críticas sobre o contexto no qual estavam inseridos. Enfim, tinha inquietação sobre esta forma velada de trabalhar, ocultando um sofrimento advindo do trabalho. Todas estas vivências atingiam de alguma forma a minha subjetividade porque não só vivenciava as mesmas situações, mas observava inúmeros casos conflitantes, e me questionava se esses modos de agir influenciavam a maneira como a categoria da enfermagem pensava e agia, o que me instigava a me aprofundar nesta temática.

Ao me aprofundar nos constructos teóricos de Christopher Dejours acerca da psicodinâmica do trabalho, comecei a perceber que a concepção desse estudioso sobre o trabalho engloba muito mais do que uma condição necessária à aquisição de recursos financeiros visando atender às necessidades do indivíduo e de seus familiares. Segundo Dejours (2007), o trabalho é um construtor de identidade, atividade executada por indivíduos que se confrontam com o que é prescrito pela organização do trabalho.

Transitando na seara desses conceitos, podemos entender por trabalho real o intervalo existente entre a atividade que é prescrita e a atividade que é real do trabalho. É nesse espaço que os trabalhadores utilizam sua inteligência para fazer os reajustes ao que foi prescrito pela organização para executarem o que realmente é possível – o real. Essa inteligência é produzida pelo próprio trabalho, sendo necessária para o funcionamento da organização (LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Contribuindo para essa reflexão sobre o trabalho, Gernet e Dejours (2011, p. 62) afirmam que trabalhar é se confrontar com o real, levando o trabalhador a pensar e agir de

forma diferente que a esperada; também é “uma relação social” que envolve as relações para quem se trabalha e com quem se trabalha.

1.1 Contextualização do problema

A partir dessas primeiras reflexões, esta dissertação tem como problemática a ser estudada a centralidade da organização do trabalho no sofrimento do trabalhador que, frente ao conflito entre a sua personalidade e a organização, elabora estratégias coletivas de defesa como uma forma de eufemizar o sofrimento proporcionado pelo labor (DEJOURS, 2011).

Nesta perspectiva, ao refletirmos sobre a relevância do trabalho na relação do homem com o mundo psíquico percebe-se, como observam Souza e Lisboa (2002) que o sofrimento mental é resultante da organização do trabalho. De acordo com a abordagem dejouriana, entende-se por organização do trabalho “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc.”. (DEJOURS, 1992, p. 25). Nesse contexto, segundo Dejours (1992, p. 128), uma organização do trabalho rígida e inflexível pode comprometer a saúde psíquica e mental do trabalhador.

Tal assertiva suscita a discussão sobre o modelo atual de organização do trabalho que, influenciado pela globalização, o desenvolvimento tecnológico e a reestruturação produtiva, passou por importantes transformações. As principais consequências se referem a modelos de produção baseados no lucro, à precarização do trabalho e à exigência de profissionais competitivos, com múltiplas funções, responsáveis, criativos e que se doem sem limites para as instituições. No entanto, essa mesma organização não oferece suporte ao trabalhador no que tange a sua saúde, levando ao afastamento do trabalho prescrito, que tem que reajustar suas atividades, no intuito de atender a essas novas demandas, e assim, garantir o seu emprego e tentar manter sua saúde física e psíquica (BARROS; MENDES, 2003).

Um ponto que merece destaque quanto a estas mudanças do mundo do trabalho é que as mesmas foram iniciadas no período da manufatura, com o parcelamento das tarefas, seguidas posteriormente pela separação entre concepção e execução introjetada pelo Taylorismo e pelo Fordismo, e recentemente, a introdução de um novo modelo de organização do trabalho com a concepção de trabalhador flexível e engajado com o seu trabalho (MERLO; MENDES, 2009).

Essa configuração contemporânea da organização do trabalho tem suscitado discussões entre pesquisadores, que passaram a ter o trabalho em saúde como objeto de

investigação, porque sua especificidade tem ocasionado sofrimento ao trabalhador e proporcionado implicações tanto para o cuidado, quanto para a vida pessoal e familiar. De acordo com Carvalho et al. (2012, p. 5),

Estudar a vinculação entre subjetividade/intersubjetividade e trabalho é estar atento não apenas à dominação nele presente, mas também às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de criação de outros espaços de gestão, de outros modos de lidar com as normas e até mesmo de transformá-las.

Aliada a esta reflexão, podemos apontar, no cenário do trabalho em saúde, a existência de distintas especialidades que atuam em um mesmo espaço laboral, mas possuem competências e atividades diferentes, exercendo o seu trabalho tanto individualmente quanto em equipe. Campos (2000), ao tecer uma reflexão sobre o trabalho em saúde, afirma que ele tem a finalidade de produzir saúde e contribuir para o aumento da capacidade dos usuários e profissionais. Para Carvalho et al. (2012, p. 3), o trabalho em serviços de saúde é “mediado pela relação social e pela comunicação, uma atividade ligada à subjetividade”.

Do ponto de vista das práticas profissionais nos serviços de saúde, a enfermagem merece destaque especial nesta dissertação, constituindo uma parcela do trabalho em saúde que estabelece relações sociais na produção dos serviços. É uma profissão da área da saúde que tem como objeto de trabalho o cuidado, prestado ao indivíduo ou à família e à comunidade. Atua em ações voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, além de desenvolver atividades voltadas para o ensino, pesquisa e atividades administrativas. De acordo com Carvalho et al. (2012), “o trabalho em saúde e enfermagem é mediado pela interação e comunicação em seu exercício cotidiano, constituindo-se como processo humano essencialmente intersubjetivo”. Pires (2009, p. 740) contribui para esta discussão ao referir que

a enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização das atividades socialmente necessárias [...] domina um campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar das pessoas, em todo o seu processo de viver. Esse processo de cuidar tem três dimensões básicas: a) Cuidar [...] b) Educar e pesquisar [...] c) A dimensão administrativo-gerencial [...]

Nesse contexto, a enfermagem atua em equipes, compostas por auxiliares e técnicos de enfermagem (formação de nível médio) e enfermeiros (com formação superior). Pires (2009, p. 743) contribui para a discussão sobre essa categorização da enfermagem referindo que:

[...] o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com grau de escolaridade diferenciado. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que, majoritariamente, delegam atividades parcelares aos trabalhadores de nível médio. Essa forma de organização e divisão do trabalho reproduz a fragmentação taylorista [...]

Assim, a categorização da enfermagem contribui para que haja uma desigualdade na valoração social, e um processo de trabalho caracterizado por diversos papéis, funções e responsabilidades, com parcelamento de atividades, divisão de tarefas e procedimentos, entre o trabalho braçal e o gerencial. O seu maior contingente de força de trabalho é predominantemente feminino.

Além disso, outra característica desta profissão é a multiplicidade de esquemas de trabalho adotados em hospitais. Nos setores com atividade ininterrupta, a maioria dos hospitais adota plantões fixos (diurno ou noturno) de 12 horas, seguidos de intervalos de 60 ou 36 horas. Há, ainda, trabalhadores que atuam como diaristas, podendo trabalhar nos horários matutinos, vespertinos ou ainda conjugar ambos os períodos. No caso dos que trabalham em plantões, a alternância entre dias de trabalho e de não trabalho favorece o engajamento em outros vínculos de trabalho, aumentando a carga horária de trabalho semanal. Soma-se o trabalho realizado à noite, levando os trabalhadores a desrespeitarem seus limites quanto aos ritmos biológicos e à necessidade de repouso e recuperação. De acordo com Rotenberg (2004, p. 213) “os efeitos deletérios do trabalho em turnos e noturno são inevitáveis, já que os horários de trabalho contrariam princípios biológicos e de convivência social”.

Do mesmo modo, em especial no setor público, a enfermagem também se depara com condições de trabalho precárias, marcadas pelo déficit e má qualidade dos recursos materiais, assim como equipamentos e local de trabalho inadequados. No exercício de sua prática profissional, os trabalhadores lidam com normas rígidas e inflexíveis de organização de trabalho, fortes pressões para trabalhar, imprevisibilidade, divisão e descontinuidade de tarefas, inadequado quantitativo de recursos humanos, assim como têm de lidar com situações limítrofes como a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares, além da morte. Mauro et al. (2010, p. 13) referiram sobre estes aspectos que:

As condições de trabalho nas instituições públicas vêm se evidenciando como desfavoráveis à saúde dos profissionais de saúde [...] a assistência de enfermagem nas instituições públicas, em geral, tem sido penalizada com a deficiência dos recursos humanos e materiais, o que interfere diretamente na qualidade da assistência prestada à população, gerando insatisfação nos profissionais que se sentem impotentes e frustrados com a situação.

Ainda, no trabalho em saúde, a enfermagem também se depara com os processos de trabalho distintos de outras categorias, que acabam interferindo nas relações sociais, permeadas por conflitos e disputas em seu cotidiano, havendo falta de autonomia e de reconhecimento, e pouco espaço para comunicação. Quanto a esse aspecto, para Pires (2009, p. 748):

Analizando a enfermagem como uma profissão da saúde, dois aspectos têm sido apontados como frágeis: a autonomia profissional e o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico/próprio de conhecimentos (ibidem, p. 743) o trabalho da enfermagem ocorre em sociedades históricas, no contexto do trabalho em saúde e do paradigma hegemônico de ciência. Neste cenário interage com outros profissionais de saúde e é influenciada pelas demandas e constrangimentos institucionais (ibidem, p.744) os cenários políticos-institucionais e o paradigma hegemônico de ciência delimitam as condições de trabalho, as possibilidades da autonomia e de aproximação do cuidar de seres humanos considerando sua individualidade, complexidade e possibilidades concretas de viver saudável [...]

Desse modo, essas situações discutidas podem ser causadoras de grande ansiedade, tensão e sofrimento para os trabalhadores da enfermagem, o que pode acabar aumentando a carga psíquica que este labor proporciona, e por carga psíquica entende-se que quando um trabalho se torna fatigante, e não há como descarregar psiquicamente esta carga, há acúmulo de energia e aumento da carga psíquica, ocasionando repercussões físicas e emocionais para o trabalhador (DEJOURS, 2009). E assim, o acúmulo ou não desta energia dependerá de como o trabalhador enfrenta as exigências do trabalho psíquico do trabalho em saúde, o que também será influenciado pelo contexto organizacional e social do trabalho, podendo implicar no modo como o mesmo articula sua história pessoal e sua intersubjetividade. (SÁ; AZEVEDO, 2013).

Assim, de acordo com Carrasqueira e Barbari (2010), essa realidade vivenciada pela enfermagem configura sentimentos de sofrimento para estes trabalhadores que, buscando minimizar o seu sofrimento no trabalho e não enlouquecer, constroem estratégias coletivas de defesa para enfrentar as pressões sofridas pelas demandas da organização do trabalho. Tais defesas são criadas no intuito de lidar com os efeitos deletérios das relações de poder e do sofrimento, que podem funcionar tanto para protegê-lo quanto para fazê-lo ignorar a realidade vivenciada. E foram estas estratégias coletivas de defesa que instigaram o foco deste estudo. A partir desta contextualização foram elaborados os objetivos do estudo.

1.1. Objetivo geral

Analisar as estratégias coletivas de defesa descritas nos estudos empíricos com trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros.

1.2. Objetivos específicos:

- a) Levantar artigos, teses e dissertações que abordem as estratégias coletivas de defesa elaboradas por trabalhadores de enfermagem de hospitais brasileiros, publicados até 2013;
- b) Caracterizar o material bibliográfico quanto ao tipo de publicação, formação dos autores, local de realização do estudo, metodologia utilizada, cenário específico de estudo e população investigada;
- c) Descrever as estratégias coletivas de defesa, segundo o contexto de estudo e os possíveis fatores geradores de sofrimento.

1.3. Justificativa do estudo

Esta dissertação se justifica por colocar em destaque as estratégias coletivas de defesa construídas pelos trabalhadores de enfermagem, a partir do sofrimento gerado pela organização do trabalho. A partir deste estudo poderá ser feita uma análise crítica de como estes indivíduos vivenciam o sofrimento, e como se comportam em relação a aspectos adversos da organização do trabalho. Nesta perspectiva, Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010, p. 240) referenciam que o estudo das estratégias dos trabalhadores é de extrema relevância para o processo saúde-doença, uma vez que “questões que envolvem trabalho e a saúde têm sido relacionadas e integradas à atividade humana”.

A análise das estratégias coletivas de defesa pode suscitar reflexões sobre como esses trabalhadores conseguem manter o equilíbrio, mesmo submetidos a um contexto de trabalho tão perturbador e desestruturante, composto por “dimensões da organização do trabalho, condições do trabalho e relações interpessoais”, nas palavras de Mendes e Morrone (2011, p. 32).

Neste sentido, a contribuição do estudo se refere à oportunidade de analisar de forma integrada os resultados dos estudos que descrevem estratégias coletivas de defesa em trabalhadores da enfermagem no contexto hospitalar brasileiro, buscando abordar suas relações com a situação específica em que as estratégias se manifestam.

2. Referencial teórico

Neste capítulo são apresentados diferentes conceitos que auxiliaram a construção desta dissertação. Através destes conceitos pretendeu-se fornecer subsídios para a compreensão das estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem, em particular com atuação em hospitais. Na elaboração deste referencial teórico, destacaram-se os pressupostos da Psicodinâmica e considerações sobre o Trabalho em Saúde, bem como reflexões sobre a categoria da Enfermagem com sua história e seu trabalho.

2.1. A psicodinâmica do trabalho

Por Psicodinâmica do Trabalho, compreende-se uma disciplina prática de intervenção capaz de produzir conhecimentos sobre as relações entre o prazer, o sofrimento e o trabalho. O enigma central desta abordagem a ser desvendado é a “aparente normalidade” dos que trabalham submetidos às situações desgastantes no labor. Assim, o ponto de partida da Psicodinâmica do Trabalho está na compreensão de como estes trabalhadores conseguem manter o equilíbrio psíquico mediante condições de trabalho desestruturantes (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011; LANCMAN; SZNELWAR, 2011). De acordo com Dejours (2011, p. 64):

Ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica abre caminho para perspectivas mais amplas, que, como veremos, 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 [...]

Em sua trajetória teórica, a Psicodinâmica do Trabalho surgiu da disciplina da Psicopatologia do Trabalho (PPT) que focalizava as doenças mentais. Segundo Dejours (2011, p. 59), a Psicopatologia era definida como “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho”.

A Psicopatologia do trabalho surgiu nos anos de 1950-1960, com autores dentre os quais podemos destacar L. Le Guillant, C. Veil, D. Sivadon, A. Fernandes-Zoila e J. Bégoïn, que referenciavam em suas pesquisas as repercussões psicopatológicas do trabalho, levando a prejuízos à saúde mental dos trabalhadores. Na ocasião, a preocupação estava voltada para as doenças mentais que eram ocasionadas pelo trabalho (DEJOURS, 2011).

Com o avanço das pesquisas que se baseavam nesta abordagem, foi possível refletir sobre a influência da organização do trabalho no aparelho psíquico. Tal influência foi observada nos primeiros estudos envolvendo a Psicopatologia do Trabalho, que revelaram um elo entre a organização do trabalho e o aparelho psíquico (LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Esta abordagem se desenvolveu a partir do diálogo com várias áreas do conhecimento, entre as quais: a ergonomia, a sociologia clínica, a psiquiatria e a psicossomática (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Segundo Souza (2003), os conceitos derivados deste diálogo ofereciam instrumental teórico para a investigação dos discursos destes trabalhadores, desvendando o funcionamento do aparelho psíquico. De acordo com Mendes (2007), a PDT também dialogava com áreas como a filosofia e a sociologia, estando aberta aos constructos interdisciplinares do conhecimento e contribuindo para as discussões contemporâneas sobre o trabalho e a saúde.

E assim, sob a inspiração destas áreas de conhecimento, Christophe Dejours – doutor em medicina, com formação em psicossomática e psicanálise, além de especialização em medicina do trabalho – desenvolveu suas pesquisas iniciais. Dejours propunha uma visão acerca das relações entre saúde e trabalho para além do reducionismo médico-biológico, em um contexto voltado para os efeitos deletérios do trabalho sobre o corpo. No final da década de 70, com seu estudo “A loucura do trabalho” publicado no Brasil, Dejours passou a defender a tese de que o trabalho – com foco na organização do trabalho – poderia desencadear distúrbios psicopatológicos (TRAESEL, 2007).

Pode-se dizer que a obra de Dejours iniciou-se com o foco na patologia, mas esta abordagem não conseguiu responder a todas as questões. A este respeito, anos mais tarde, Dejours (2011, p. 64) comentaria que “na medida em que a organização do trabalho apareceu como bloco irreduzível, as análises produzidas pela psicopatologia do trabalho eram marcadas por sua inutilidade”. E assim, o foco dos estudos dejourianos passou a se direcionar para a saúde mental, sendo a organização do trabalho mediadora central nas análises sobre o sofrimento. Dejours (1992, p. 25) entende esta organização do trabalho como:

divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.

Dessa forma, demonstrando os efeitos nocivos da organização do trabalho não apenas para o corpo, mas para a saúde mental do trabalhador, se configurava o início da virada na

produção teórica dejouriana, que deslocava o olhar da loucura desencadeada pelo trabalho para o sofrimento. Sobre isso, Uchida, Lancman e Sznclwar (2010, p. 192) referem que:

a Psicopatologia do Trabalho apresentava-se inicialmente, como uma clínica das perturbações individuais do sujeito, diante de seu trabalho, tendo interesse particular nos efeitos patogênicos de certas situações ou condições de trabalho, buscando estabelecer a relação entre determinadas condições de organizar o trabalho e o seu impacto psico-patogênico nos trabalhadores.

Essa nova concepção de centralidade atribuída à organização do trabalho por Dejours passa a atentar para além da doença mental, considerando tanto as relações que podem eventualmente se estabelecer entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico, quanto as ações praticadas pelos trabalhadores para se defender desse sofrimento, sem que enlouqueçam ou adoçam (FONSECA, 2014). Como observa Dejours (1992), entrar em conflito com uma organização de trabalho desestabilizante faz emergir um sofrimento que podemos tentar desvelar.

O choque do sujeito com a organização do trabalho traz para a arena de discussões da psicodinâmica vivências subjetivas como o prazer e o sofrimento. Essa mudança de visão, que distingue a PDT de outras abordagens em saúde mental, é permeada pela concepção de que não se procura mais entender o adoecimento, e sim o que está invisível. Trata-se de se concentrar em desvendar esta aparente e enigmática normalidade na qual os trabalhadores, mesmo mediante situações constrangedoras da organização do trabalho, não adoecem e conseguem fugir do enlouquecimento. A normalidade surge como foco das reflexões para a psicodinâmica, uma vez que oculta a relação que pode existir entre o sofrimento e o trabalho (LANCMAN; SNELWAR, 2011). A normalidade é compreendida como

resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho [...] não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de ‘normalidade sofrente’, sendo, pois a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma ‘normalização’ pejorativa e desprezível, obtida pela ‘interiorização’ da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho. (DEJOURS, 2007, p.36).

Quanto a este pensamento, o que se evidenciava com os estudos, era que nesta luta do sujeito contra o sofrimento para não adoecer, os trabalhadores se comportavam de maneira aparentemente normal, uma vez que se utilizavam de certa liberdade para adaptarem o seu trabalho às suas necessidades. O conceito da ergonomia – trabalho prescrito e trabalho real –,

que se manteve na transição da psicopatologia para a psicodinâmica, estava enredada na noção de que existe um espaço entre o que está prescrito nas situações de trabalho e o que realmente é feito, ou seja, nem tudo o que se prescrevia era executado e atendido pelo trabalhador (LANCMAN E SZNELWAR, 2011).

Neste sentido, observava-se no cotidiano do labor a existência de um espaço onde ocorriam as produções subjetivas. Dejours e Abdoucheli (2009, p. 135) colaboram para esta afirmação ao afirmarem que há uma “defasagem percebida pelos ergonomistas entre organização prescrita e a organização real do trabalho”. De acordo com Fonseca (2014), os trabalhadores, buscando dar sentido ao seu trabalho e preencher a lacuna existente entre o prescrito e o real, acrescentavam algo de si para atingir executar sua atividade laboral.

Nesse espaço encontrado pelos trabalhadores, ocorriam produções subjetivas dentre as quais podemos destacar o prazer e o sofrimento. Segundo a psicodinâmica do trabalho, na relação do trabalhador com o seu labor, não há como separar estas produções, já que não há trabalho sem sofrimento. Este trabalho por sua vez também é mediador do prazer. O que se evidencia é que entre estes dois polos existem mecanismos utilizados pelos trabalhadores para evitar o sofrimento, como as estratégias coletivas e/ou individuais de defesa. Assim, os trabalhadores elaboram estratégias de mediação contra o sofrimento como forma de se adaptarem a condições de trabalho desgastantes (FONSECA, 2014).

A psicodinâmica do trabalho busca acessar esses conflitos dos sujeitos e sua dinâmica, no sentido de compreender os processos que os levam a elaborarem defesas. Essa compreensão se dá através da palavra dos coletivos, que eles próprios validam seus comentários e opiniões, e assim, se conscientizam do trabalho e do sofrimento que ele proporciona, construindo processos sobre os quais não têm clareza, modificando sua relação com o trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Estes aspectos serão discutidos a seguir, como uma forma de compreender como se processam estas vivências de sofrimento e prazer no labor, e os modos de enfrentamento dos trabalhadores.

O sofrimento no trabalho

Quando se volta o olhar para o sofrimento no trabalho, depara-se com a concepção referida por Dejours de que todo trabalho gera sofrimento, uma vez que ele é central na construção da identidade do indivíduo, o que se torna esclarecedor quando analisamos o conceito que é atribuído ao trabalho à luz das interpretações feitas pela Psicodinâmica do trabalho. Segundo Uchida, Lancman e Sznellwar (2010, p. 196) o trabalho é:

um elemento central na constituição da saúde, identidade e o principal elo entre os indivíduos e sociedade [...] compreender a importância do trabalho e seus efeitos sobre a psique significa dar visibilidade aos aspectos subjetivos mobilizados no ato de trabalhar.

A partir desta narrativa, percebe-se a relevância de se compreender o trabalho por seu caráter desestabilizante na subjetividade do trabalhador (DEJOURS, 2011). Refletir sobre este caráter destruturante da organização do trabalho com repercussões à saúde mental do trabalhador nos remete a questões mais abrangentes, e o sofrimento pode ser reflexo das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, dentre as quais podemos destacar a evolução tecnológica e as novas formas de gestão. De acordo com Dejours (1992), o avanço tecnológico industrial ocorrido no início do século XX trouxe profundas transformações para o cenário do trabalho, sendo fonte geradora de inúmeras repercussões biopsicossociais aos trabalhadores.

Com isso, o que podemos perceber é que a introdução destas novas tecnologias trouxe para o panorama mundial mudanças para a categoria trabalho, o que, com o aparecimento de um modo de produção voltado para a acumulação financeira, contribuiu para o surgimento de uma nova forma de organização do trabalho. Observa-se, assim, um aumento nas exigências das empresas, que passaram a requerer não só trabalhadores cada vez mais competitivos e flexíveis, como também, o controle sobre o trabalhador, não oferecendo subsídios para a promoção da saúde dos mesmos no trabalho (BARROS; MENDES, 2003).

Esta problemática apresentada pela contemporaneidade tem sido fonte de intenso sofrimento para os trabalhadores, que se veem entre o confronto da organização (o que ela espera dele) e o que ele pode executar (sua atividade). É neste intervalo que ocorre a mediação pelos trabalhadores, implicando em custo para o indivíduo, com envolvimento das dimensões física, psíquica e cognitiva. Mediante estas novas cobranças, o profissional sofre por temer não dar conta da execução das demandas de seu labor e das exigências do mercado. Para Souza e Lisboa (2002), essas inúmeras mudanças vivenciadas pelo trabalhador frente às transformações do trabalho têm levado muitos indivíduos a apresentar sofrimento no trabalho, que pode se distinguir em dois tipos: o sofrimento criativo e o sofrimento patogênico.

A diferença que marca estes dois tipos de sofrimento reside no fato de que, a partir do sofrimento, tanto o sujeito quanto a organização do trabalho podem ser transformados. Quando o indivíduo encontra liberdade na organização do trabalho, ele transforma o seu sofrimento em algo que o beneficia, a partir de um ambiente onde se estabelece um acordo

entre o que o trabalhador deseja e o que esta organização do trabalho impõe, caracterizando o denominado sofrimento criativo (BUENO; MACEDO, 2012). Para Dejours e Abdoucheli (2009, p.137):

quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona como um mediador para a saúde.

Em contrapartida, esta transformação pode ser destruturante, já que muitas vezes não há mais possibilidades de adaptar a organização aos seus anseios, emergindo assim o sofrimento patogênico. Nesse caso, podemos afirmar que o sofrimento patogênico surge do conflito que ocorre entre o aparelho psíquico e a organização do trabalho. Segundo Dejours e Abdoucheli (2009, p. 137) o sofrimento patogênico “aparece quando todas as margens de liberdade, na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas”. Para Fonseca (2014) neste tipo de sofrimento não há mais liberdade, e nada mais pode ser transformado, o que significa que não há mais margem para utilizar a inteligência criadora. Em uma perspectiva psicodinâmica, este bloqueio no exercício da inteligência é uma das fontes de sofrimento.

Na área da saúde, podemos destacar que grande parte dos trabalhadores atua em unidades que não estimulam sua criatividade, não sendo este trabalho mediador de saúde e de prazer. O que se observa é a identificação de um elevado número de casos de profissionais que apresentam sofrimento frente a esta nova modalidade de organização inflexível, onde o trabalhador faz diversas tentativas de se adaptar sem sucesso, buscando alternativas para extravasar o que o faz sofrer sem os resultados esperados, culminando no adoecimento. Bueno e Macedo (2012, p. 310) contribuem para esta assertiva ao referirem que o surgimento do sofrimento patogênico “estaria relacionado à ausência de flexibilidade da organização do trabalho, a qual impede que o sujeito encontre vias de descarga pulsional nas suas atividades laborais”.

Nesta direção, Dejours e Abdoucheli (2009, p. 137) afirmam que “quando a situação de trabalho, as relações sociais e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido do sofrimento patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde”. Em contraponto ao sofrimento, Mendes (2007) afirma que para o trabalhador existem várias formas de obter prazer no trabalho, seja identificando-se com o mesmo, ou a partir do seu sofrimento, nos casos em que ele encontra um novo significado.

A partir desta ótica, o que podemos observar é que, embora o sofrimento e o prazer tenham um percurso paralelo e caminhem de forma independente, ambos estão vinculados, por mais que sejam sentimentos distintos. Para Lancman e Sznclwar (2011, p. 189) esta “noção de sofrimento, propõe um elo entre prazer e sofrimento como duas lógicas que não se encadeiam, e que não estão em uma relação dialética entre si, mas que desenvolvem seguindo linhas de força relativamente independentes”.

Nesta perspectiva, o que podemos afirmar nos dias de hoje é que essa ótica de nova organização do trabalho inflexível, rígida e homogênea acaba tornando o trabalho fonte geradora de intenso sofrimento para os que desempenham suas atividades laborais, sem margem para transformá-lo em prazer. Assim, o que se percebe é que, mediante tantas pressões, os trabalhadores acabam desenvolvendo alternativas para não incorrer no adoecimento ou na loucura, como por exemplo, as estratégias defensivas. Segundo Souza e Lisboa (2002, p. 427) “o sofrimento suscita defesas que conduzem à elaboração de estratégias defensivas, e essas por sua vez, levam a modificações, transformações, e em geral à eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as faz sofrer”, como descrito no item que se segue.

As estratégias coletivas de defesa

Na discussão anterior, observou-se que o avanço tecnológico e o novo modo de produção trouxeram efeitos deletérios para a vida dos trabalhadores. Heloani (2008) apud Carrasqueira e Barbarini (2010) refere que o trabalhador, paulatinamente, tem tido sua qualidade de vida deteriorada, de forma que para cumprir com as novas exigências do mercado, precisa recompor suas defesas e criar alternativas para subjetivar o sofrimento e as patologias. Com isso, mediante situações estressantes no labor, os trabalhadores desenvolvem estratégias voltadas para minimizar seu sofrimento, o que acaba impedindo-os de se mobilizar para modificar sua realidade.

Nesse estado de luta com a organização do trabalho, para que o trabalhador não descompense ou desestabilize, ele emprega estratégias de defesa, que são comportamentos ou modos de agir para lidar com as diversas situações que o incomodam no labor. Segundo Mendes, Costa e Barros (2003, p. 2), este sofrimento é inevitável frente às “contradições e pressões” da organização do trabalho. Por estratégias coletivas de defesa, Dejourn (2007, p. 35) esclarece que:

No domínio da psicologia do trabalho, o estudo clínico mostrou que, a par dos mecanismos de defesa classicamente descritos pela psicanálise, existem defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente. Trata-se de “estratégias coletivas de defesa” que são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho.

Quanto à influência da Psicanálise para a conceituação das defesas, segundo Dejours e Jayet (2009, p. 127), diferentemente dos mecanismos de defesa descritos pela Psicanálise, a psicodinâmica do trabalho descreve as estratégias coletivas de defesa como “construídas, organizadas e gerenciadas” pelos trabalhadores coletivamente. De acordo com Freud (1968 apud AGUIAR, 2008), a Psicanálise utiliza o conceito de mecanismo de defesa descrito por Sigmund Freud (1968) como recurso da mente para evitar o sofrimento originado na consciência, pelos conflitos intrapsíquicos entre os desejos e as proibições. Seu objetivo é afastar da consciência o que o indivíduo não aceita, fazendo com que essas defesas promovam “disfarces”.

Tangenciando esse conceito, Anna Freud (1968 apud CARRASQUERIA; BARBARINI, 2010) também define os mecanismos de defesa como uma distorção do ego para defender sua personalidade de uma ameaça, sendo uma definição da ordem do singular. Contribuindo para essa diferenciação do conceito dado por Freud e o conceito dejouriano, Merlo (2002, p. 2) refere que “a psicodinâmica do trabalho visa à coletividade de trabalho e não aos indivíduos isoladamente”; ela não tem o intuito de analisar as práticas individuais dos indivíduos inseridos na organização do trabalho e intervir no modo como o coletivo vê o seu trabalho.

Assim, com base nestas reflexões, infere-se que o que diferencia as estratégias coletivas de defesa das estratégias individuais é que as individuais permanecem no indivíduo independentemente da influência do meio externo, enquanto as coletivas são elaboradas como fruto de um fator externo. Mendes (1999) concorda com essa assertiva ao afirmar que esse sofrimento é inconsciente, de difícil confrontação, tratando-se de situação em que o trabalhador busca no ego a proteção contra esses conflitos. Contudo, esse sofrimento não é estático, mas dinâmico, interligado ao indivíduo e à organização.

Nesse contexto, Dejours (2009) esclarece que, muitas vezes, as estratégias coletivas de defesa auxiliam o indivíduo a suportar uma realidade que não conseguiria tolerar isoladamente, com suas próprias defesas, assim como também favorecem a organização, coesão e estabilização dos coletivos de trabalho. Com isso, nesse sentido de coletividade, os indivíduos, experimentando o sofrimento, são capazes de se unir e construir uma estratégia defensiva comum, funcionando com regras que precisam da anuência dos indivíduos

coletivamente e que podem ter o seu funcionamento interrompido quando eles não o desejarem mais. Segundo Dejours e Abdoucheli (2009), o mecanismo de defesa é intrínseco ao indivíduo, persistindo mesmo sem a presença dos outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser pelo consentimento dos outros, dependendo de condições externas, e as contribuições individuais são coordenadas e unificadas por regras defensivas.

Dejours e Abdoucheli (2009, p. 128) também contribuem para essa discussão ao afirmarem que as estratégias defensivas coletivas são “defesas que levam à modificação, transformação e, em geral, à eufemização da percepção da realidade que os faz sofrer”.

Enfatizando esta assertiva, Dejours e Abdoucheli (2009, p. 128-9) referem que nas estratégias coletivas de defesa, os indivíduos elaboram sua tática a partir de uma percepção da realidade, levando à construção de uma nova realidade, conforme podemos evidenciar nesta assertiva:

[...] essas defesas levam à modificação, transformação e, em geral, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. [...] minimizar a percepção que eles têm dessas pressões, fontes de sofrimento [...] funcionam como regras [...] supõem um consenso ou um acordo partilhado [...] A regra é de fato possuída pelos indivíduos coletivamente [...] as estratégias coletivas de defesa atuam, como já foi dito, sobre a percepção da realidade e operam por retorno e eufemização.

Deste modo, o indivíduo sozinho não é capaz de reconstruir uma realidade à qual se opõe, é preciso que haja um consenso coletivo sobre esta nova realidade construída, já que quando não consegue que o coletivo compactue com aquilo a que se opõe, entra em um mundo delirante. Assim, retomando a discussão do duplo caráter das estratégias, observamos que tanto podem protegê-lo contra o sofrimento, como também podem insensibilizá-lo para aquilo que o faz sofrer, embotando-o ou cristalizando-o (DEJOURS, 2009).

Neste modo de pensar, as estratégias coletivas de defesa podem auxiliar tanto o indivíduo a mascarar o seu sofrimento para não enlouquecer, como também podem levá-lo a resistir às mudanças, porque uma vez construídas as defesas, eles evitam questionar, podendo-se falar no risco da alienação ou até em uma ideologia defensiva (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2009). Entende-se por ideologia defensiva o que Dejours e Abdoucheli (2009, p. 131) referem ser “da ordem da realidade (a qual opõe uma negação da percepção) [...] no domínio da alienação”.

Assim, de acordo com Lancman e Sznclwar (2011), as defesas podem proteger os processos de interiorização, levando à adaptação aos riscos e dificultando a tomada de decisão nas relações de exploração. Mendes, Costa e Barros (2003, p. 2) esclarecem que estas estratégias:

podem tornar-se um objeto em si mesmo, o que leva o trabalhador a um processo de alienação bloqueando qualquer tentativa de transformação da realidade, estabilizando-se no desencorajamento e na resignação diante de uma situação que só gera sofrimento.

Apoiando-se nos estudos teóricos de Dejours, diversos autores trazem considerações relevantes sobre as características das estratégias coletivas de defesa, como: Barros e Mendes (2003), Carrasqueira e Barbarini (2010) e Jayet (1994).

Barros e Mendes (2003) contribuem para a reflexão sobre as estratégias ao diferenciá-las em positivas ou negativas: positivas quando protegem o indivíduo contra o sofrimento, e negativas porque também podem aliená-lo e insensibilizá-lo para a realidade.

Nesse mesmo sentido, Jayet (1994) apud Barros e Mendes (2003) refere que de acordo com as situações de trabalho, os indivíduos elaboram uma categoria de signos que são indicadores da utilização de estratégias defensivas, devendo ser estudado o contexto no qual elas emergem. Para Barros e Mendes (2003), o estudo isolado das defesas não permite que se saiba por que elas foram categorizadas, sendo preciso contextualizá-las. Dentre os signos apresentados por Jayet, os autores (ibidem, p. 63) destacam: “investimento desproporcional no espaço privado sobre a família e atividade extraprofissionais; necessidade de se tranquilizar; evitar conflitos; negar a realidade; ativismo; presenteísmo, forte coesão das equipes; individualismo e competição excessiva”.

Segundo Dejours (2011b), as estratégias são elaboradas para o enfrentamento de dois tipos de sofrimento no trabalho: o medo e o tédio. O sofrimento só pode ser captado pelas defesas, que têm o intuito de auxiliar o trabalhador a suportar psiquicamente as injúrias da organização do trabalho desestruturante, conseguindo ocultar o sofrimento como uma tentativa de se proteger, porém levando-o a ignorar o medo.

Mendes, Costa e Barros (2003) defendem que este sofrimento vivenciado pelo coletivo no trabalho também pode contribuir para que os trabalhadores aumentem sua resistência e fortaleçam sua identidade pessoal, podendo utilizar estratégias para enfrentar as situações estressantes de forma criativa. Porém, para que esta criatividade seja mobilizada é preciso que os trabalhadores tenham liberdade para ajustar seu labor às suas necessidades. Assim, será no coletivo de trabalho que o indivíduo construirá o sentido do seu trabalho, e a validação do seu labor se dará através da dinâmica do reconhecimento, em que será estabelecida a cooperação entre os trabalhadores, para a qual se exigirão laços de confiança, como será descrito a seguir.

2.2. O trabalho em saúde e a enfermagem

No trabalho em saúde, esta relação do trabalhador com a organização do trabalho gera intensa carga psíquica, por ser este trabalho extremamente desgastante. De acordo com Matos (2002), o trabalho em saúde tem se modificado quanto à forma de organização da assistência prestada. Kirchhof (2003) concorda com esta afirmação e contribui que, frente às mudanças da sociedade ao longo da história, a doença e a saúde também se transformaram, o que acabou influenciando as práticas de saúde. Neste contexto, Pires (2000, p. 85) entende que o trabalho em saúde é:

essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Marsiglia (2011, p. 10) com base em Offe e Berger (1991), ao analisar o trabalho em saúde, destaca que o mesmo tem especificidades comuns aos trabalhos em serviços, quais sejam: seu produto final está relacionado com quem produziu, uma vez que este processo ocorre na prestação do serviço; as prescrições são feitas até certo limite, já que o espaço existente entre o prescrito e o real oferece a oportunidade para o trabalhador através da sua criatividade em adaptar o seu labor; raramente o trabalho real é igual ao prescrito; para tal, o trabalhador deve ter uma relativa autonomia; o trabalhador da saúde precisa ter uma melhor capacitação e não apenas ser um mero executor de tarefas definidas rigidamente; grande parte dos trabalhadores é do serviço público.

Souza (2003), sobre este aspecto, afirma que o trabalho executado no âmbito hospitalar está localizado no setor terciário da economia, da prestação de serviços, na esfera da produção não material que objetiva o tratamento dos indivíduos doentes, sejam eles internados ou não. E, para a realização deste trabalho é preciso uma gama de profissionais que desenvolvam coletivamente o trabalho no hospital, integrando diversos saberes de formações profissionais diferenciadas. Pires (2000, p. 255) também observa que:

No trabalho coletivo em saúde os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde a indivíduos ou grupos. São atividades diferenciadas, que, estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.

Contribuindo para esse aspecto da variedade de categorias profissionais, Marsiglia (2011) assevera que o trabalho em saúde possui uma ampla variedade de trabalhadores com competências, habilidades, especialidades, cargos e funções diversificadas, além de diferentes níveis de escolaridade e de autonomia no exercício de sua categoria.

Nessa multiplicidade de categorias profissionais no trabalho em saúde existem características do contexto de trabalho que são de extrema relevância, uma vez que as tensões geradas pelo trabalho impactam na saúde dos trabalhadores. Segundo Ribeiro et al. (2014), as transformações ocorridas no mundo do trabalho como a reestruturação produtiva, a redução da força de trabalho e salários, o intenso uso de equipamentos tecnológicos, a terceirização e a precarização das relações de trabalho trouxeram impactos na sua organização.

Dentre os impactos na organização do trabalho vivenciados pelo trabalhador, observa-se que esta mudança tecnológica tem exigido complexidade de conhecimentos e técnicas de intervenção dos profissionais, além de incentivar o parcelamento das tarefas e intensificação do ritmo de trabalho (OZORIO et al., 2011). Há predomínio de “decisões excessivamente hierarquizadas no trabalho de equipe, poderes diferenciados e desiguais entre as diversas categorias de trabalhadores, e supervalorização de alguns saberes profissionais em detrimento a outros no cotidiano da prática institucional”. Os profissionais têm que lidar com o déficit de recursos humanos, que gera sobrecarga de trabalho, culminando em desgaste físico e mental (MARSIGLIA, 2011, p. 12-13).

Nesta arena de inadequações, também se observam os efeitos deletérios das péssimas condições de trabalho. Para Marsiglia (2011, p. 12) os trabalhadores vivenciam condições de trabalho adversas, falta de concursos públicos, processos de trabalho diferenciados que os levam à exposição a variados riscos, executando suas atividades laborativas mediante um cenário de “exposição às situações inseguras, perigosas ou penosas; as exigências de longas jornadas; os horários extremos; as demandas físicas; e alta prevalência de doenças profissionais e registros de desgaste físico ou psicológico”. Do mesmo modo, as exigências de trabalhadores multiprofissionais que assumem várias funções e tarefas têm ocasionado precariedade das condições e contratos empregatícios e carga de trabalho excessiva, levando a acidentes, doenças profissionais e desgaste físico e psicológico.

Além dos problemas explicitados anteriormente, a falta de materiais em quantidade e qualidade suficientes pode levar os trabalhadores ao imprevisto nesse enfrentamento, ocasionando sofrimento no trabalho (DALMOLIN; LUNARDI; FILHO, 2009). No estudo de Osório-da-Silva (1994), o autor evidenciou que a falta de material e a precariedade de

equipamentos ocasionaram ansiedade na equipe. Ozorio et al. (2011) afirmam que a falta de investimentos no que tange aos recursos materiais e humanos levam a improvisação no labor, o que pode trazer resultados negativos para a assistência.

Cabe destacar, também, que as complicações na troca de informações dificultam as relações interpessoais nos serviços. Nessa nova organização do trabalho, também se observam múltiplos contratos trabalhistas que interferem nos vínculos de afetividade e colaboração, além da falta de reconhecimento, injustiças e rotatividade de pessoal (OSORIO et al. 2011). As relações sociais entre os profissionais são desarmônicas, conflituosas, competitivas e/ou de submissão. As categorias com maior autonomia profissional dificultam o controle por parte das gerências, ocasionando a fragmentação e justaposição das tarefas. Estas relações podem ocasionar danos à saúde dos trabalhadores, quando o trabalho não é desempenhado pelo coletivo.

Assim, nota-se que o atual contexto do trabalho em saúde acaba gerando muitas tensões para os trabalhadores, que se refletem na sua saúde física e psíquica, em uma organização rígida e hierarquizada, fonte de sofrimento, marcada também pela insuficiência de recursos materiais e humanos e por relações interpessoais conflituosas (DALMOLIN; LUNARDI; FILHO, 2009).

Nesse cenário de contrariedades e tensões, o trabalho é desempenhado por diferentes profissionais que possuem distintas formas de pensar o cuidado. E dentre as categorias que exercem suas atividades nas instituições hospitalares, a enfermagem em seu cotidiano depara-se com uma grande variedade de situações geradoras de conflitos. Para Marziale e Carvalho (1996), a enfermagem tem papel importante no trabalho em saúde por lidar com condições de trabalho em hospitais que oferecem riscos, além de aspectos penosos das atividades que exercem. Lunardi et al. (2007, p. 3) destacam ainda que:

o trabalho em si da enfermagem, pela sua própria natureza e características, comumente comporta o enfrentamento de situações de sofrimento pelos clientes, relacionadas às perdas, doença, frustração e morte, podendo constituir-se em fonte de sofrimento aos trabalhadores que o executam.

Assim, por muitos anos, nascida nos primórdios do cristianismo, a enfermagem foi um ofício praticado por religiosos, influenciando as práticas que eram exercidas nas residências, no atendimento aos adoecidos. Como profissão, ela só viria no século XIX (SILVA, 1989 apud FONSECA, 2014). Na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, surge o modelo de formação criado por Florence Nightingale – britânica, de origem italiana -, que organizou as

primeiras técnicas com os feridos da guerra da Criméia (1854-1856) baseadas no modelo biomédico, que possibilitaram a instrumentalização do cuidado da enfermagem. Segundo Santos (2012, p. 49) embora tenha sido pioneira na preocupação com o embasamento científico e as influências externas e internas nas boas práticas do fazer, a enfermagem vivenciou fases de empirismo e vinculação às ciências médicas.

De acordo com Fonseca (2014), a enfermagem ganhou status de profissão sem se desvincular da imagem de caridade e religiosidade, como podemos observar neste relato:

[...] a história da enfermagem profissional tem início somente séculos mais tarde, na Inglaterra na segunda metade do século XIX. Seus antecedentes mediatos registrados pela historiografia são, entre outros, o surgimento, no século XVII, na França, da ordem católica das irmãs de caridade, fundada por Luísa de Marillac, sob inspiração de São Vicente de Paula, considerado o verdadeiro precursor da enfermagem moderna [...] (SILVA, 1989, p.51).

De acordo com Fonseca (2014, p. 51) a enfermagem moderna no Brasil chega sessenta anos depois do seu surgimento na Inglaterra, e antes de sua chegada era uma atividade de leigos e irmãs de caridade. Sua consolidação se deu na década de 20, em 1923, com a criação da “Escola de Enfermeiras do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), que, após três anos, passou a se chamar Escola Ana Nery (heroína brasileira de guerra) e, posteriormente, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro”. Embora tenha tido sua formação no modelo Nightingaleano, a formação da enfermagem brasileira necessitava atender as demandas de saúde pública, já que o modelo norte-americano visava atender as instituições privadas.

Assim, como se pôde observar a partir destes constructos acima delineados, dos traços históricos imbricados na enfermagem dos dias de hoje ainda se fazem presentes os conflitos com a categoria médica, a submissão às regras organizacionais e a divisão social do trabalho dentro da enfermagem (FONSECA, 2014). VERIFICAR

Mediante esse contexto de trabalho, para Osorio et al. (2011, p. 85), o trabalho realizado pela enfermagem é percebido como “excessivamente demandante”, em que o profissional lida com “uma luta no plano do corpo e mente”. Fonseca (2014) também afirma que a enfermagem vivencia especificidades como dor, morte, sofrimento, esperança, sentimentos que integram a vida e que ampliam o contato com o cliente. E Marsiglia (2011, p. 12) concorda com esta assertiva ao referir que “lidar com a dor, o sofrimento, as limitações ou a morte de um ser semelhante é, em si mesma, uma situação sempre difícil e desgastante, física e psicologicamente”. Pita (1994), sobre esta questão, esclarece ainda que:

Este contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesadas, adoecidas gravemente, com frequência, impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterrorizadoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação (refiro-me aos ajustes que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação com as profissões escolhidas) ou um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho de tarefas.

Neste sentido, a enfermagem exerce suas atividades cotidianamente através do seu processo de trabalho, que tem uma construção relativamente recente. Portanto, para discutir sobre o que se entende por processo, cabe a ancoragem aos constructos teóricos de Marx (1996, p. 202) que, ao discutir sobre esta temática, entende o trabalho como um processo do qual “participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Segundo este mesmo autor, o trabalho é compreendido como:

Processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, mostrando dois fenômenos peculiares. O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida de que o trabalho se realize em ordem e os meios de produção sejam empregados conforme seus fins, portanto, que não seja desperdiçada matéria-prima e que o instrumento de trabalho seja preservado, isto é, só seja destruído na medida em que seu uso no trabalho o exija. (MARX; 1996, p.304)

Assim, ao discutirmos o processo de trabalho, temos de considerar os seus elementos constitutivos: o trabalho, o objeto e os meios ou instrumentos de trabalho. O trabalho constitui a atividade que se destina a um fim. O objeto de trabalho é a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, que ao final do processo estará modificado. E os meios de trabalho são o que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho, tendo a função de dirigir sua atividade, incluindo os instrumentos, equipamentos materiais, o espaço físico onde é realizado o trabalho, os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas (MARX, 1996).

Com isso, ao fazermos uma relação desses conceitos construídos por Marx com o processo de trabalho da enfermagem, podemos apreender que o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado prestado ao binômio cliente e família e, para sua execução, o indivíduo utiliza seus saberes e ações como instrumentos de trabalho, com a finalidade de produzir este cuidado (BERTONCINI; PIRES; RAMOS, 2011). Entretanto, Capella (1998, p. 113-114) também menciona que “existe quase um consenso de que a enfermagem tem pelo menos dois objetos de trabalho, ou seja, os corpos dos indivíduos com suas consciências e a organização da assistência”.

Nesse sentido, corroborando para os conceitos acima delineados, Sanna (2007) afirma que a enfermagem é composta por vários processos de trabalho, quais sejam: assistência, administração, ensino e pesquisa. Bertocini, Pires e Ramos (2011), contribuindo para esta assertiva, mencionam que o trabalho da enfermagem pode então ser caracterizado como portador de quatro dimensões: a dimensão do cuidado aos indivíduos; a dimensão do ensino (responsável pela formação dos profissionais e da educação continuada em saúde); a dimensão de cunho administrativo-gerencial (exerce cargos de coordenação e gerência); e a dimensão da pesquisa (responsável pela produção dos conhecimentos através de evidências científicas).

De acordo com Sanna (2007), a *dimensão do cuidar* relaciona-se à assistência que é prestada aos clientes, à família e o coletivo, na qual o trabalhador utiliza os conhecimentos adquiridos e práticas para assisti-los. Também contribuem para a efetivação do cuidado de enfermagem os recursos materiais e a sistematização da assistência. Leopardi, Gelbeck e Ramos (2001) referem que, através desta sistematização na assistência de enfermagem, há a identificação das necessidades da clientela assistida a partir de riscos reais ou potenciais, e a enfermagem intervém nos problemas de saúde.

Ainda segundo Sanna (2007), a *dimensão da educação* está voltada para: o profissional de enfermagem, o aluno, os que querem se aperfeiçoar e o educador. Nesta dimensão são utilizados teorias e métodos de ensino, cujo objetivo é o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem. Kirchhof (2003) salienta que esta dimensão estimula a conscientização do indivíduo e do grupo, possibilitando um pensamento crítico de quem utiliza os serviços de saúde.

A *dimensão da administração e gerência* é exclusiva do enfermeiro, que é responsável pela organização e administração do trabalho da equipe de enfermagem, em um universo permeado por disputas de forças (KIRCHHOF, 2003).

E a *dimensão da pesquisa* tem como objeto de trabalho o educar (KIRCHHOF, 2003). De acordo com Sanna (2007), o enfermeiro com formação em metodologia da pesquisa é capaz de utilizar-se dos diferentes métodos existentes para realizá-la, fomentando pensamento crítico e buscando nas evidências científicas respostas para os questionamentos que o inquietam. Nesta dimensão, o enfermeiro tem como objetos o saber e as lacunas do conhecimento, podendo ser agente de transformação e modificação do trabalho para a categoria. Cabe destacar que, por mais que pareçam independentes, essas dimensões se relacionam.

No entanto, evidencia-se que, embora a enfermagem, ao cuidar, tenha o seu objeto de trabalho, ela se vê imbricada em outras dimensões, como a de cunho administrativo-gerencial da assistência de enfermagem. De acordo com Souza (2003, p. 80), essas são distorções existentes no processo de trabalho da enfermagem, havendo um “distanciamento do cuidado ao paciente em detrimento à solução de problemas de cunho estrutural, déficit de material, incorporando atribuições que se referem à administração, havendo afastamento de seu objeto, resultando em frustração, impotência e sofrimento”.

De acordo com esta mesma autora supracitada (ibidem, p. 82), essa falta de definição de papéis e atribuições na execução de atividades faz com que a enfermagem tenha conflitos em relação a sua identidade profissional, o que ocasiona sofrimento. Essa desvalorização no contexto de saúde leva o trabalhador à baixa autoestima, dificuldade de valorização social e profissional, ocasionando “sofrimento psíquico, desgaste da energia psicossomática e alteração da saúde das enfermeiras”.

Pitta (1994, p. 54) também observa que, nesse processo de trabalho da enfermagem, há divisão do trabalho hospitalar entre a enfermagem de nível superior responsável pela chefia e supervisão, e os técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pela execução de trabalho menos qualificado, marcado por tarefas intensas, repetitivas e social e financeiramente desvalorizadas. Almeida e Rocha (1986) apud Araújo e Rotenberg (2011, p. 138-9) afirmam sobre esse assunto que:

O processo de formação das enfermeiras também reproduziu as divisões, as fragmentações e as subordinações no seu próprio interior ao destinar-se a formar dois tipos de profissionais: as ladies nurses, recrutadas junto às classes sociais abastadas, formadas para o desempenho das atividades de supervisão e ensino, e as nurses, treinadas para o cuidado direto aos pacientes. oriundas das classes sociais mais baixas, as nurses estavam subordinadas à supervisão e coordenação das ladies nurse.

Para Fonseca (1996) apud Araújo e Rotenberg (2011, p. 139):

[...] a profissionalização centrada em ‘qualidades’ e a reprodução da divisão do trabalho no próprio interior da profissão – ganha relevo em nosso quadro de interesse porque possibilita reconstituir a história de surgimento, tanto da divisão de trabalho entre médicos e enfermeiras (delimitando o papel e as principais características do trabalho em enfermagem) quanto da divisão de atribuições e tarefas entre as trabalhadoras de enfermagem [...]

Para Matos (2002), essa divisão social da profissão sofreu fortes influências do modelo Taylorista, marcado pela divisão e hierarquização do trabalho. Pires, Gelbeck e Matos (2004, p. 314) trazem considerações sobre esta influência Taylorista ao afirmar que:

No espaço institucional, convivem características da divisão parcelar do trabalho, do trabalho coletivo do modo capitalista de produção, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal [...] Esta forma de organizar o trabalho coletivo vem influenciando, até hoje, o gerenciamento e a divisão do trabalho nos diversos setores da economia. As formulações de Taylor sobre a “gerência científica”, acrescidas da concepção fordista da linha de montagem, com a máquina controlando os tempos e movimentos do trabalho, ganharam espaço em todo o planeta [...].

Peduzzi e Anselmi (2002) também contribuem para esta discussão ao afirmarem que esta lógica compartimentalizada e fragmentada ainda pode ser vista nos dias de hoje na organização do trabalho da enfermagem, sendo uma das principais responsáveis pelas relações conflituosas estabelecidas na categoria. Quanto a esta divisão, Silva et al. (2010, p. 3) também apreendem que a expressão “trabalho da enfermagem”, pode designar ações privativas do enfermeiro, e “outras vezes o uso de certos termos ou enunciados de atividades básicas que o auxiliar de enfermagem desenvolve, indica um distanciamento ou distinção entre o trabalho da enfermeira e o da enfermagem”.

Com isso, a enfermagem desde o início teve sua institucionalização como profissão caracterizada pela divisão do trabalho pelos diversos agentes, disciplina e a hierarquia. Essa divisão do trabalho, que desde o início foi tão marcante para a profissão, culminou na divisão da categoria da enfermagem em diversas modalidades de cuidado auxiliar, como podemos destacar: técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendentes e outros (PEDUZZI; ANSELMI, 2002). Essa divisão também ocasiona conflitos, incômodos e disputas veladas dentro da categoria relacionados ao poder (SOUZA, 2003).

Para Pitta (1994) essa divisão sofreu influências do modelo biomédico, tendo consequências para a trajetória do cuidado da enfermagem. Fonseca (2014) concorda com esta assertiva ao afirmar que a figura do médico acabou se conformando como saber científico e ganhou espaço na sociedade contemporânea com uma dimensão coletiva, assumindo o controle do trabalho coletivo e delegando atividades. Segundo a autora (ibidem, p. 31), ao parcelar as atividades, o médico acabou atuando como “uma espécie de maestro do trabalho em saúde”.

Pires (1998) reforça a ideia e diz que, no hospital, as práticas da medicina e da enfermagem foram institucionalizadas com características independentes, que se

desenvolveram com saberes e focos distintos. Assim, o saber da medicina era direcionado para a doença, tratamento e cura, enquanto o foco da enfermagem se direcionava para o cuidado direto ao doente e administração assistencial. De acordo com Araújo e Rotenberg (2011), como a figura do médico estava no centro do hospital reestruturado, tornou-se necessária a criação de bases de apoio e profissionais que proporcionassem condições para que o tratamento tivesse êxito, absorvendo a categoria profissional da enfermagem.

Segundo Santos (2012), com o surgimento do capitalismo, a enfermagem afastou-se do cuidado, para buscar prestígio, legitimação e poder, tão cristalizados na medicina. O autor (ibid., p. 47) ainda assevera que “[...] verifica-se o papel de auxiliar do médico nos seus primórdios por parte da enfermagem, respaldando-se apenas no misticismo, no senso comum e na solidariedade”. A construção histórica do status e poder da categoria médica se refletem no trabalho coletivo em saúde, trazendo conflitos entre as categorias e repercutindo no cuidado, na cooperação entre os trabalhadores e no trabalho e saúde dos mesmos (FONSECA, 2014).

No estudo de Lunardi et al. (2007), as relações de poder entre os múltiplos profissionais envolvidos se destacaram como fonte de sofrimento para os mesmos, que são extremamente intensas e presentes para os profissionais da enfermagem. Para Dreyfus, Kabinow e Foucault (1995 apud LUNARDI et al, 2007, p. 3) “falar em poder significa falar em exercício de poder, em poder numa concepção relacional, cuja resistência depende de uma multiplicidade de pontos de resistência”.

Souza (2003, p. 79) também assevera que

o trabalho em hospital é conflituoso devido ao uso intenso do fator humano, já que tem que haver o inter-relacionamento dos diversos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde. Esses profissionais trazem para a sua prática seus valores, representações e símbolos sobre a saúde, doença, vida e morte fortemente ligados à identidade profissional de cada um deles.

Além disso, Agudelo (1995) contribui para esta assertiva esclarecendo que os valores se chocam principalmente devido à disputa do poder que permeia as relações no ambiente hospitalar, destacando-se a figura do médico, cujo papel hegemônico gera tensão, interferindo negativamente no processo e organização do trabalho. Assim, a enfermagem tem seu processo de trabalho atrelado ao do médico, denunciando sua falta de autonomia técnica, além de limitar o desenvolvimento do conhecimento frente às possibilidades de uma configuração

profissional de maior solidez. Há ausência de consenso profissional solidificado acerca das funções e atividades da enfermeira, dificultando o estabelecimento de uma política assistencial de enfermagem, já que a enfermeira em seu cotidiano assume atribuições que não são de sua responsabilidade.

Com isso, observa-se que nesta relação existente entre o processo de trabalho do médico e da equipe de enfermagem há implicações que culminam na indefinição das tarefas que são atribuídas à enfermagem. Com isso, Fonseca (2014) evidencia que as diferenças existentes entre a categoria médica e a enfermagem têm implicações para o labor e vida dos trabalhadores da enfermagem. Estas características sofreram influência de sua história, da sua constituição e de como a profissão da enfermagem se estabeleceu.

As atribuições divididas na enfermagem são regulamentadas pela lei 7.498/86 (BRASIL, 1986), na qual os agentes da enfermagem legalmente autorizados são: o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira. Dentre as atribuições regulamentadas pela lei 7.498/86, privativas do enfermeiro podem ser destacadas:

a) direção de órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada; e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; [...] h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem; i) consulta de Enfermagem; j) prescrição da assistência de Enfermagem; l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. (BRASIL, 1986).

O técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio a nível auxiliar, e participa no planejamento da assistência de enfermagem, podendo-se destacar como exemplos: participação nos programas de assistência de enfermagem; execução de ações assistenciais de enfermagem, que não sejam privativas do enfermeiro; participação na orientação e supervisão do trabalho de enfermagem como auxiliar; participação da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

O auxiliar de enfermagem, por sua vez, exerce atividades de nível médio sob supervisão, com participação em execução simples, em processos de tratamento, destacando-se: observação, reconhecimento e descrição de sinais e sintomas, assim como cuidados de higiene e conforto ao paciente, além de participação na equipe de saúde (BRASIL, 1986).

Segundo essa mesma lei supracitada, são consideradas parteiras as que tiverem título “certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o

disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959; e titular do diploma ou certificado de Parteira”.

Em relação às categorias da enfermagem, de acordo com o relatório do Conselho Federal de Enfermagem (2013), no qual foi realizada a análise dos dados das inscrições dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011, destacam-se dentre os aspectos relevantes:

- a) Quanto aos agentes, 46% são enfermeiros, 45,5% técnicos de enfermagem, 33,09% auxiliares de enfermagem, 0,93% atendentes de enfermagem e 0% parteiras;
- b) Quanto ao sexo, 87,35% são do sexo feminino e 12,65% masculino;
- c) Quanto às faixas etárias mais predominantes, 35,08% são de 26 a 35 anos, e 27,50% de 36 a 45 anos;
- d) E quanto à macrorregião, a maior concentração de profissionais concentra-se no sudeste (49,67%), e 20,24% no Nordeste.

A partir deste relatório, evidencia-se que o gênero é uma característica de extrema relevância e muito marcante para a enfermagem, no que tange às práticas profissionais. De acordo com Araújo e Rotenberg (2011) não há como discutir o trabalho em saúde sem dialogar com as questões do gênero, já que sua estruturação em práticas de cuidado norteou a divisão social do trabalho. Segundo as mesmas (ibidem, p. 132) “a divisão sexual do trabalho estrutura amplo sistema de hierarquia, de organização e distribuição de atribuições e responsabilidades, estabelecendo critérios de valorização profissional e de recompensas (de remuneração e de reconhecimento)”.

Almeida (1997) também menciona que a enfermagem é uma atividade desenvolvida em sua grande maioria por mulheres, que utiliza saberes de diversas ciências para produzir o seu objeto de trabalho - o cuidado. De acordo com Santos (2012):

[...] é possível detectar, ainda a predominância feminina entre as integrantes desta atividade. Tais características estão resumidas, conformando determinantes pilares da profissão, que sustentam a ideia da mulher exercendo o papel de cuidadora da casa, família e, consequentemente, daqueles que necessitam de cuidados.

Assim, a mulher acaba sendo predominante na profissão da enfermagem, tendo de assumir múltiplos papéis tanto no trabalho quanto no seu lar. Para Araújo e Rotenberg (2011, p. 135):

a enfermagem não aparece na esfera pública como ofício autônomo; ao contrário, foi o deslocamento de uma atividade antes inserida na esfera doméstica que permitiu o acesso da mulher ao espaço público. O trabalho profissional estabeleceu-se, então, como expansão das atividades desenvolvidas no lar e na família, fortalecendo-se a concepção do trabalho feminino baseado em sistemas de ‘qualidades’ e não de qualificação [...]

Assim, historicamente, as mulheres foram atribuídas às funções de cuidado às crianças e velhos, dando aspectos de gênero à profissão, sendo a mulher imbricada nos “atributos de mãe e de reprodutora” (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011, p. 134). De acordo com as mesmas autoras (ibidem, p. 135), com base em Lopes (1996), foram “[...] as ações fundadas na caridade, desenvolvidas pelas religiosas ou pelo arrependimento das prostitutas que se dedicavam ao cuidado aos doentes como forma de expiar os pecados, que foram construindo a ‘feminização’ dos cuidados [...]”.

Para Souza (2003), o fato de a categoria ser uma profissão majoritariamente feminina também tem relevância para a subjetividade destas trabalhadoras, uma vez que interfere nos sentimentos dos trabalhadores em relação às situações de trabalho. De acordo com esta mesma autora (ibidem, p. 83-4) “a ideia de cuidar, de proteger, faz parte da história da mulher. Com ela, ficaram as obrigações domésticas, o cuidado, a educação dos filhos, a assistência aos idosos e enfermos da família”.

Quanto às situações de trabalho, Araújo e Rotenberg (2011, p. 137), com base em Bourdier (1996), destacam que algumas características se expressam através do corpo, já que “[...] nos homens, as condutas agressivas e competitivas e, nas mulheres, os comportamentos submissos como o de baixar os olhos, de aceitação e tolerância, molda o corpo e a própria percepção do outro, sendo incorporada nas formas de experimentar e conceber o mundo”. De acordo com Araújo e Rotenberg (2011, p. 138):

[...] no desenvolvimento ativo dessas atividades no hospital, surgem os conflitos que opõem a necessidade de reconhecimento da profissionalização e de seu devido valor e os atributos formadores da identidade materna, sobretudo aqueles relativos à tolerância, devoção e abnegação [...]

Com isso, segundo Simões e Amâncio (2004 apud ARAÚJO; ROTENBERG, 2011), evidencia-se a assimetria que se revela relacionada ao gênero, de que a mulher está sempre frente aos conflitos de autonomia e feminidade enquanto os homens são sujeitos sociais que não se impõe ao constrangimento. Para Araújo e Rotenberg (2011), observa-se que a inserção

dos homens na enfermagem não trouxe mudanças significativas na relação do gênero com a profissão da enfermagem. Esta divisão, ainda nos dias de hoje, delimita espaços, papéis e funções.

Essas contradições também são observadas em relação ao objeto de trabalho da enfermagem, evidenciando-se o distanciamento entre o trabalho que é prescrito e o trabalho real, como uma forma de adaptá-lo às necessidades do trabalhador, ocasionando desgaste para o mesmo. Para Souza (2003, p. 86) o trabalho prescrito trata de:

manuais, de rotinas, procedimentos, livros de fundamentos e de técnicas de enfermagem, entre outros, que se destinam à padronização de condutas profissionais frente às situações de prática [...], o trabalho real da enfermagem se fragmentou em funções específicas, um higieniza, outro administra medicação, semelhante ao observado nas fábricas. Este modo operatório distancia-se do que é prescrito já que se apreende que o humano é um todo.

Anjos, Mendes, Santos e Facas (2011, p. 565) contribuem para esta discussão alegando que “o trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa. Um registro que satisfaz uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização. É fonte de reconhecimento e punição. Já o trabalho real é o próprio momento da execução [...]”. Ozorio (2006), em seu estudo, revelou que existe uma grande distância entre o trabalho que é prescrito e o que é realizado, havendo também uma contradição entre o ideal de trabalho e o trabalho real, resultando em fragmentação do trabalho e falta de cooperação pelo coletivo de trabalho, gerando sofrimento para os trabalhadores.

Em parte, a fragmentação do trabalho e a falta de cooperação pelo coletivo podem ser explicadas pelo atual perfil da enfermagem no Brasil, que revela diversas modalidades de vínculos empregatícios, má remuneração, péssimas condições de trabalho e um modo de trabalhar que implica relações de trabalho permeadas pela competitividade e individualismo (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Esse modo de trabalhar e as relações de trabalho da enfermagem ocorrem no Brasil, segundo Mendes e Martino (2012), em jornadas com carga horária de trabalho semanal que varia entre 30 a 40 horas semanais, podendo ser jornadas diárias com vários horários: turnos de 12 horas de trabalho, seja diurno ou noturno, seguido de 36 horas de descanso, turnos com duração de 6 horas por dia, 8 horas por dia ou ainda quatro dias de 6 horas e um de 12 horas, conforme normas vigentes em cada instituição hospitalar (MENDES; MARTINO, 2012). Além das descritas, há a jornada de 24 horas semanais. Segundo Machado, Vieira e Oliveira

(2012, p. 119), o trabalho em saúde possibilita uma variedade de jornadas de trabalho de 12, 20, 24, 32, 40 até 44 horas semanais.

De acordo com Osorio et al. (2011), para que ocorra a continuidade da assistência, essas jornadas ocorrem através de revezamento entre os trabalhadores, através de regimes de plantão, que são normalmente de 12 horas fixas e variam entre turnos diurnos (7h às 19h) ou noturnos (19h às 7h), seguidos por folgas que variam de 36 a 60 horas.

Tais modalidades de jornadas de trabalho, associadas a vínculos empregatícios que desconsideram os direitos sociais do trabalhador, fazem parte do processo de precarização do trabalho. Para Machado, Vieira e Oliveira (2012), a precarização do trabalho está relacionada às condições de trabalho às quais o trabalhador tem sido submetido, tornando-o vulnerável socialmente. Estas condições estão atreladas à redução e perda dos direitos sociais e à insegurança causada pelo medo da perda do vínculo empregatício, o que acaba afetando sua qualidade de vida.

De acordo com Matos (2002), dentre os aspectos da profissão da enfermagem que podem influenciar na precarização do trabalho, destacam-se: fragmentação do trabalho a ser executado; pouca participação e envolvimento da categoria nas decisões políticas; autoritarismo; centralização nas práticas administrativas; e grande quantidade de normas e rotinas que não acompanham as capacidades do trabalhador.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), ao analisarem de forma abrangente a precarização no Brasil e no mundo, observam que, com uma sociedade cada vez mais voltada para a acumulação financeira que visa essencialmente o lucro, o mundo do trabalho tem vivenciado um número cada vez maior de trabalhadores adoecidos por fatores inerentes ao trabalho, apesar dos avanços científicos e tecnológicos. A rigidez das relações entre o trabalho e o capital tem limitado as oportunidades do trabalhador de vislumbrar o seu trabalho como fonte de estímulo para o aprimoramento das suas qualidades.

Essa nova organização do trabalho tem propiciado a perda dos direitos sociais conquistados pelo trabalhador, culminando em precarização e violência do trabalho, e contribuindo para que este trabalho seja fonte de sofrimento e adoecimento para os trabalhadores. Harvey (1992 apud FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010) concorda com esta assertiva e assevera que:

A flexibilização das relações de trabalho diluiu a nítida linha de separação entre incluídos e excluídos. Através da terceirização e da desregulamentação social, produziu-se a desestabilização do mundo do trabalho que atingiu, inicialmente, os trabalhadores industriais e depois todos os assalariados, afetando, hoje, todos os que vivem do trabalho.

Contribuindo para esta narrativa, Passos, Junior e Collet (2011) comentam sobre os inúmeros fatores que podem colaborar para a precarização do processo de trabalho, dentre os quais podemos destacar: a infraestrutura deficiente, a falta de compromisso pelos gerentes dos serviços, o déficit de recursos humanos, o número exacerbado da procura por atendimento nas instituições hospitalares acarretando a superlotação, escassez de educação permanente voltada para os profissionais, rigidez das normas e rotinas, centralização na formação no modelo biomédico, e remuneração insuficiente.

Além disso, para Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), dentre as diversas perdas trabalhistas dos trabalhadores no mundo do trabalho real, destacam-se: descanso remunerado, férias anuais remuneradas, horas extras, perdas de benefícios indiretos como plano de saúde, transporte, alimentação, auxílio educação e perdas salariais. Este processo de precarização não tem permitido que o trabalhador tenha referência de quem o protege socialmente, o que colabora para a competitividade entre os mesmos e leva-os à insegurança e à instabilidade, gerando o medo.

Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), ao analisarem a relação destas condições de trabalho com a organização do trabalho, afirmam que o trabalhador tem sido submetido a inúmeras exigências como: polivalência, alta rotatividade no trabalho, ritmos intensos de trabalho e metas inatingíveis, o que aumenta a competitividade entre os trabalhadores e acarreta efeitos na saúde psíquica dos mesmos.

Quanto à polivalência, os trabalhadores têm sido exigidos pela organização do trabalho para que exerçam múltiplas tarefas, o que ocasiona impactos para sua saúde psíquica, já que sua especialidade não tem sido considerada. Sobre esta questão, Lunardi et al. (2007) esclarecem que a polivalência pode contribuir para o aumento da tensão e fadiga, geradas pela tentativa do trabalhador em se adaptar à organização do trabalho.

No que diz respeito à alta rotatividade no trabalho, Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) referem que esta demanda da organização do trabalho, não permite que se tenha uma perspectiva de desenvolvimento pessoal no trabalho, favorecendo o sofrimento e processos de adoecimento. Com isso, os trabalhadores acabam apresentando problemas psíquicos, reflexos de uma organização do trabalho que não leva em consideração as características individuais do trabalhador. Os autores ainda observam que os tempos sociais do trabalho são diferentes do biorritmo dos trabalhadores devido aos ritmos intensos e metas inatingíveis, o que acaba ocasionando acidentes e adoecimentos.

Diversos autores contribuem para esta discussão, ao analisarem em seus estudos a

centralidade da organização do trabalho no sofrimento dos trabalhadores, dentre os quais podemos destacar: Traesel e Merlo (2009), Catalan (2012), Uchida, Lancman e Sznclwar (2010) e Gomes et al. (2011). Essas pesquisas tratam das influências da organização do trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem e os desdobramentos do impacto dessa relação no processo saúde-doença desses trabalhadores. Cabe destacar que alguns desses estudos, ao analisarem as relações de sofrimento e prazer no trabalho da enfermagem, evidenciaram a relevância do trabalhador como parte inerente da construção do processo de trabalho, que anseia por não mais estar à margem desse processo, mas ser um agente de mudanças para transformar o seu trabalho.

Assim sendo, podemos inferir que as novas relações de trabalho na enfermagem têm proporcionado desgaste ao trabalhador, que se vê inserido em um mundo do trabalho onde não se considera o que há por traz de sua subjetividade invisível e desconhecida. Para Traesel e Merlo (2009, p. 102-3), o trabalho da enfermagem “vem sendo profundamente impactado pelos efeitos da maximização do trabalho imaterial na contemporaneidade”, ocasionando implicações nas relações, nas vivências subjetivas dos trabalhadores e na psicodinâmica do trabalho.

3. Procedimentos metodológicos

Essa pesquisa baseia-se em uma revisão sistemática da literatura, na modalidade denominada revisão integrativa. A escolha por esse tipo de estudo justifica-se por ser uma ampla abordagem metodológica que sintetiza o conhecimento e incorpora os aspectos significativos dos resultados à prática, permitindo que diversos métodos sejam incluídos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SILVEIRA, 2005; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão integrativa viabiliza a síntese e análise crítica do conhecimento produzido acerca do objeto estudado. De acordo com Whittemore e Knafl (2005), utilizam-se dados dos estudos já realizados a fim de obter um entendimento mais amplo, contribuindo para a melhor compreensão de um fenômeno.

O planejamento desta revisão visa responder a uma pergunta utilizando-se de métodos sistemáticos para que se identifique e selecione com teor crítico os estudos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; CASTRO, 2006). O termo *integrativa* se origina da “integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 127). Para a sua realização, traçam-se objetivos, elaboram-se questões de pesquisa e realiza-se a busca dos artigos e outros materiais bibliográficos. Os dados são sistematicamente analisados, interpretados e sintetizados, formulando-se as conclusões.

A revisão é realizada em etapas, cujo número varia segundo os autores, podendo ser utilizadas em cinco etapas (WHITEMORE; KNAFL, 2005) ou seis (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). A revisão integrativa realizada no presente estudo seguiu, em linhas gerais, as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) e por Botelho, Cunha e Macedo (2011), descritas a seguir.

3.1. Etapa 1: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Esta é a etapa norteadora da construção da revisão na qual se formula o propósito do estudo e a questão a que se busca responder (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Considerando o objetivo desta dissertação, a revisão realizada buscou investigar as estratégias coletivas de defesa identificadas em estudos empíricos com trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros. E, para guiar esta revisão integrativa,

formulou-se a seguinte questão de pesquisa: *O que traz a literatura científica sobre estudos empíricos que abordam as estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros?*

3.2 Etapa 2: Definição das bases de dados e dos critérios de inclusão e exclusão de estudos

Esta fase se iniciou com a definição das bases de dados utilizadas na revisão, quais sejam: a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), a Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e os Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC).

A LILACS *on-line*¹ é uma base de dados que compreende a literatura produzida nos países da América Latina e Caribe em relação a estudos técnico-científicos em saúde. Inclui periódicos, teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios e publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. É uma base de dados cooperativa do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região a partir de 1982. É destinada a pesquisadores e profissionais da área da saúde, constituindo-se no principal índice bibliográfico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Cabe destacar que a BVS *on-line*² é uma coleção descentralizada e dinâmica de fontes de informação, que tem como objetivo o acesso equitativo ao conhecimento científico em saúde. Essa coleção opera como rede de produtos e serviços na Internet, de modo que satisfaça progressivamente às necessidades de informação em saúde de autoridades, administradores, pesquisadores, professores, estudantes, profissionais, dos meios de comunicação e do público em geral. Distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na *internet* por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade.

¹ Disponível em: <http://www.bireme.br/php/level.php?lang=pt&component=107&item=107>

² Disponível em: <http://www.bireme.br/bvs/P/pdoc.htm>

A SciELO *on-line*³ consiste em uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos do Brasil, Chile e Cuba. A SciELO é o resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com a BIREME. Desde 2002, o projeto conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo como objetivo o desenvolvimento de uma metodologia comum para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico.

O MEDLINE *on-line*⁴ é uma base de dados de literatura internacional, com atualização mensal, que abrange a área médica e biomédica. Contém referências e resumos de títulos de revistas publicadas em mais de setenta países e envolve referências de artigos nas áreas biomédicas, de enfermagem e de odontologia, entre outras.

O BDENF *on-line*⁵ é uma base de dados digital da Biblioteca da Rede médica, da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que objetiva organizar a produção científica da enfermagem, proporcionando ampla divulgação e armazenando a produção neste campo sem limite temporal. Foi criada em 1988, através de uma tentativa de facilitar o acesso e a difusão das publicações da área, normalmente ausentes das bibliografias nacionais e internacionais. Inclui referências bibliográficas e resumos de documentos convencionais e não convencionais disponíveis em português, inglês e espanhol, tais como livros, teses, manuais, folhetos, congressos, separatas e publicações periódicas, gerados no Brasil ou escritos por autores brasileiros e publicados em outros países.

O PePSIC *on-line*⁶ é uma fonte da BVS, sendo fruto da parceria entre o Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB), a Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e a BIREME. Esta última cedeu a metodologia da SciELO de publicação eletrônica de periódicos para países em desenvolvimento (PePSIC, 2013). O objetivo do PePSIC é contribuir para a visibilidade do conhecimento de psicologia da América Latina, a partir da publicação de revistas científicas em acesso aberto.

³ Disponível em: <http://www.bireme.br/bvs/P/pdoc.htm>

⁴ Disponível em: <http://www.bireme.br/bvs/P/pdoc.htm>

⁵ Disponível em: <http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?pt&component=17 &item=119>

⁶ Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>

Uma vez selecionadas as bases de dados, deu-se a seleção dos descritores e palavras-chaves, considerando-se que os descritores são termos ou expressões organizados em estruturas hierárquicas, tendo um rigor no controle de seus significados e sinônimos. Já as palavras-chave são retiradas da linguagem livre (BRANDAU; MONTEIRO; BRAILE, 2005). Segundo Polit e Beck (2011, p. 201), a palavra-chave é um “verbo ou expressão que inclui os conceitos-chave da questão”. Desta forma, os descritores encontram-se criteriosamente catalogados com descrições, origens, significados e relação com outros descritores na base de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), enquanto as palavras-chave são palavras de livre escolha dos pesquisadores.

A partir desses conceitos, optou-se por utilizar como descritores e palavras-chave os seguintes termos:

- a) Descritores: os termos “enfermagem” e “trabalho”, pertencentes ao DeCS, contemplados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e;
- b) Palavras-chave: “psicodinâmica”, “estratégias coletivas de defesa” e “sofrimento”.

Na busca foram utilizados os correlatos dos descritores “enfermagem” e “trabalho” para os idiomas inglês (*nursing* e *work*) e espanhol (*enfermería* e *trabajo*). Como palavras-chave foram utilizados os seguintes correlatos para “psicodinâmica”, “estratégias coletivas de defesa” e “sofrimento”, respectivamente, em inglês: *psychodynamic*, *collective defense strategies*, *suffering*. E em espanhol foram utilizados os seguintes termos correlatos: *psicodinámica*, *estrategias de defensa colectiva* e *sufrimiento*. Os mesmos foram cruzados, e as combinações foram realizadas através dos operadores booleanos *AND* e *OR*, ferramenta útil para restringir ou expandir a busca, respectivamente (POLIT; BECK, 2011).

Este cruzamento de palavras-chave e descritores se deu em quarenta e cinco passos, em cada base de dados, nos idiomas português, espanhol e inglês, utilizando-se o operador booleano *AND* em todas as estratégias de busca; além do operador booleano *OR* e o coringa \$ em uma etapa. O termo “enfermagem” foi utilizado como descritor controlado fixo, e foi cruzado com as palavras-chave livres. Posteriormente, o descritor fixo “enfermagem” foi cruzado com o descritor “trabalho” e todas as palavras-chave.

Cabe destacar que, ao longo do processo de busca bibliográfica, foram encontradas, nos textos em português, expressões diferentes referentes às “estratégias coletivas de defesa” como, por exemplo, *estratégias defensivas*, *estratégias de defesa coletivas*, *defesas coletivas*, *estratégias de defesa*, *estratégias de enfrentamento*, *estratégias defensivas coletivas*,

comportamentos defensivos coletivos, mecanismos de defesa e estratégias coletivas defensivas. Assim, também foi realizada uma etapa, no idioma português, de cruzamento do descritor fixo “enfermagem”, no qual se utilizou o operador booleano *OR* com todas estas expressões identificadas nos estudos, como uma tentativa de expandir a pesquisa.

Também, buscando ampliar as possibilidades de busca, foi utilizado o caractere curinga (símbolo \$), no cruzamento da raiz “Enferm” com a palavra-chave “psicodinâmica”, no idioma português e espanhol, permitindo a busca por diversas palavras com a mesma raiz. Desta forma, foram utilizados todos os recursos disponíveis nas bases de dados, visando permitir a identificação de palavras com o mesmo prefixo, como, por exemplo: enfermagem, enfermeira, enfermeiro, enfermeiras, enfermeiros e enfermaria.

Os materiais bibliográficos identificados através da estratégia de busca foram classificados segundo os seguintes critérios de inclusão, que foram definidos de forma a atender os objetivos da revisão:

- Estudos com recorte inicial livre e período de término até dezembro de 2013. A opção por não definir um recorte inicial teve o propósito de acompanhar como a abordagem foi sendo utilizada ao longo dos anos;
- Estudos empíricos realizados em hospitais no Brasil;
- Divulgação no idioma português, espanhol e inglês para ampliar a busca de trabalhos também publicados internacionalmente;
- Trabalhos empíricos publicados na íntegra no formato de artigos, teses e dissertações;
- Estudos que tenham como sujeito da pesquisa qualquer componente da equipe de enfermagem que atue na área assistencial em hospitais – técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros;
- Estudos que utilizem a abordagem da psicodinâmica do trabalho;
- Estudos que abordem as estratégias coletivas de defesa.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- ✓ Estudos que utilizaram como sujeitos da pesquisa acadêmicos e atendentes de enfermagem, parteiras e agentes comunitários de saúde;
- ✓ Estudos que não abordaram o cenário da prática hospitalar;

- ✓ Publicações na forma de resumos de congressos, anais, editoriais, artigos de reflexão, revisões da literatura, comentários e opiniões.

O Apêndice A apresenta a ficha utilizada nesta fase da revisão.

3.3 Etapa 3: Definição e levantamento das informações a serem extraídas dos estudos

Esta etapa visou resumir as informações contidas no material bibliográfico, selecionado de forma organizada e concisa, com vistas a compor um banco de dados para consultas futuras. Para atingir este objetivo, foi elaborado um instrumento para facilitar a padronização dos dados a serem extraídos dos artigos, teses e dissertações (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Este instrumento, em forma de uma ficha (Apêndice B), contemplava os seguintes aspectos: título da publicação, título do periódico, base de dados, autores (nome, filiação e grau de titulação), idioma, ano de publicação, tipo de publicação, introdução e objetivos, tipo de publicação/delineamento da pesquisa, grupo estudado, cenário do estudo/local de coleta de dados, técnica de coleta de dados, tratamento e análise dos dados, aspectos da organização do trabalho relevantes, estratégias coletivas de defesa identificadas e conclusões. Esse instrumento foi adaptado a partir daquele construído e validado por Ursi (2005), Pompeo (2007) e Nicolussi (2008), sendo essencial para compor um panorama geral do resultado da busca. Como observam Souza, Silva e Carvalho (2010), tal instrumento deve permitir a extração do material relevante à temática de estudo, reduzindo os riscos de erros e favorecendo a precisão nas informações obtidas.

Foi preenchida uma ficha para cada artigo, tese ou dissertação. Para facilitar sua identificação, cada material recebeu uma codificação alfanumérica (E1, E2, E3 e assim sucessivamente), segundo ordem cronológica de publicação.

3.4 Etapa 4: Avaliação e categorização dos estudos selecionados

Como observam Mendes, Silveira e Galvão (2008), esta etapa equivale à análise dos dados em pesquisas convencionais. Inicialmente, os estudos foram analisados através de um enfoque descritivo, em que o material bibliográfico foi categorizado quanto aos aspectos considerados relevantes, sintetizados na ficha descrita no Apêndice B.

Em um segundo momento, cada texto foi analisado quanto ao(s) termo(s) utilizado (s) pelo(s) autor(es) e códigos dos estudos, setor (cenário) de estudo, sujeitos dos estudos e as estratégias coletivas de defesa identificadas, buscando apresentar o contexto e os possíveis fatores geradores de sofrimento tal como descrito pelos respectivos autores.

3.5 Etapa 5: Interpretação dos resultados

A interpretação foi realizada em duas fases consecutivas. A primeira fase baseia-se em uma descrição dos estudos de forma a compor um perfil do conjunto de publicações que abordam as estratégias coletivas de defesa relativas aos profissionais da enfermagem que atuam em hospitais brasileiros.

Na segunda fase, as estratégias coletivas de defesa foram analisadas segundo o contexto e a situação específica nos quais emergiram (BARROS; MENDES, 2003). Para tal, foram considerados aspectos quanto ao cenário de estudo, setor, tipo de hospital, a categoria profissional, assim como os elementos do processo de trabalho subjacentes às estratégias identificadas. A análise da contextualização buscou contemplar possíveis fatores geradores de sofrimento nos diferentes contextos de investigação.

3.6 Etapa 6: Síntese do conhecimento

A última fase da revisão apresentou uma síntese dos principais achados, buscando agrupar as estratégias segundo alguns padrões identificados na etapa anterior. Nesta etapa, buscou-se averiguar possíveis relações entre os cenários analisados e as estratégias identificadas.

4. Resultados

4.1. Caracterização dos estudos selecionados

O quadro que se segue descreve o número de estudos selecionados nas bases e bancos de dados, a partir dos critérios estabelecidos.

Bases/Banco de dados	Encontrados	Pertinentes	Excluídos por duplicidade	Selecionados
LILACS	381	120	107	13
SciELO	71	37	33	04
MEDLINE	194	19	18	01
BDENF	95	61	59	02
PePSIC	11	03	03	0
TOTAL	752	240	220	20

Quadro 1- Quantidade de estudos encontrados, pertinentes, excluídos por duplicidade e selecionados, de acordo com as bases de dados selecionadas. Rio de Janeiro, 2014.

A amostra final foi composta por 20 estudos. Um total de 512 estudos foi excluído por não obedecer aos critérios pré-estabelecidos, já que o cruzamento da palavra-chave “psicodinâmica” com o descritor “enfermagem” levou à seleção de um grande quantitativo de trabalhos, que não tinham relação com a questão de pesquisa.

Dos 20 estudos recuperados nas bases de dados, 13 eram da base de dados LILACS, 04 da SciELO, 02 da BDENF e 01 MEDLINE. No que se refere às bases de dados, Packer, Tardeli e Castro (2007), em seu estudo, atestam que as principais bases de dados internacionais e em ciências da saúde são a MEDLINE, e complementarmente LILACS, porque nelas está representado considerável acervo das mais relevantes produções científicas internacionais e regionais da América Latina e Caribe, operados com acesso aberto na BVS.

Frequentemente, os estudos encontrados nas buscas em espanhol e inglês já haviam sido selecionados em alguma etapa anterior. Todos os estudos incluídos estavam redigidos em português. O maior quantitativo de trabalhos incluídos se refere ao cruzamento do descritor

“enfermagem” e a palavra-chave “psicodinâmica” (16 estudos), seguido de “enfermagem” *AND* “estratégias coletivas de defesa” e “nursing” *AND* “collective defense strategies”.

O acesso a esses estudos na íntegra foi obtido *online* por meio do portal BVS (16 estudos), do acervo da Biblioteca da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (dois estudos), da Biblioteca da Universidade Federal do Rio de Janeiro (um estudo) e por comutação bibliográfica (um estudo).

O quadro a seguir apresenta a distribuição do material selecionado. Os estudos foram codificados e apresentados em ordem cronológica para dar uma noção da evolução histórica da problemática estudada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Quadro 2 – Descrição dos estudos quanto à codificação, título, autores, periódico/Universidade, ano e tipo de publicação. Rio de Janeiro, 2014.

Código	Título	Autores	Periódico/ Universidade (teses e dissertações)	Ano	Tipo de publicação
E1	A prática do enfermeiro com pacientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica.	MENDES, A.M. LINHARES, N.J.R.	Revista Brasileira de Enfermagem	1996	Artigo
E2	O trabalho dos anjos de branco: um estudo em hospital geral público.	SANTOS, M.L.	Saúde em Debate	1996	Artigo
E3	O desgaste mental do trabalho dos enfermeiros entre o real e o prescrito.	SILVINO, Z.R.	Escola de Enfermagem Anna Nery	2002	Tese
E4	Saúde mental e trabalho feminino: imagem e representações de enfermeiras.	FERNANDES, S.J.D. FERREIRA, S.L. ALBERGARIA, A.K. CONCEIÇÃO, F.M.	Revista Latino- americana	2002	Artigo
E5	Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário.	SOUZA, N.V.D.O.	Universidade Federal do Rio de Janeiro	2003	Tese
E6	Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho.	SZNELWAR, L. UCHIDA, S.	Produção	2004	Artigo
E7	As representações sociais do ruído pelos trabalhadores de enfermagem de um centro de terapia intensiva: a organização do trabalho.	OLIVEIRA, E.B.	Escola de Enfermagem Anna Nery	2004	Tese
E8	Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira.	SOUZA, N. V.D. O LISBOA, M.T. L CRUZ, E.J.E.R.	Online Brazilian Journal of Nursing	2007	Artigo
E9	Cuidadores: seus amores e suas dores.	MACHADO, A.G. MERLO, A.C.	Psicologia & saúde	2008	Artigo
E10	Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada.	PAGLIARI, J. COLLET, N. OLIVEIRA, B.R.G. VIEIRA, C.S.	Revista Eletrônica de Enfermagem	2008	Artigo

Código	Título	Autores	Periódico/ Universidade (teses e dissertações)	Ano	Tipo de publicação
E11	A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho da enfermagem.	TRAESEL, E.S. MERLO, A.R.C.	Psico	2009	Artigo
E12	Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador.	SÁ, C. M. S.	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	2009	Dissertação
E13	Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem.	OLIVEIRA, E.B. LISBOA, M.T. L	Escola Anna Nery Revista Enfermagem	2009	Artigo
E14	Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer.	DAL PAI, D. LAUTERT, L. KRUG, J.S.	Enfermagem em foco	2011	Artigo
E15	Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da psicodinâmica do trabalho.	MERLO, A.C. TRAESEL, E.S. BAIERLE, T.C.	Arquivos Brasileiros de Psicologia	2011	Artigo
E16	Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho.	TRAESEL, E.S. MERLO, A.C.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	2011	Artigo
E17	Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: reflexão na ótica dejouriana.	MARTINS, J.T. ROBAZZI, M.L.C.C.	Ciência, Cuidado e Saúde.	2012	Artigo
E18	A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar.	CATALAN, V.M.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2012	Dissertação
E19	Adoecimento psíquico de trabalhadores de UTI.	MONTEIRO, J.K. OLIVEIRA, A.L.L. RIBEIRO, C.S. GRISA, G.H. AGOSTINI, N.	Psicologia, ciência e profissão.	2013	Artigo
E20	Proteção radiológica e a atitude de trabalhadores de enfermagem em serviço de hemodiálise.	FLÔR, R.C. GELBCKE, F.L.	Texto & Contexto Enfermagem	2013	Artigo

A seguir, são detalhadas as principais características dos estudos que foram incluídos nesta revisão.

Tipo de publicação	N
Artigos	15
Teses	03
Dissertações	02
Total	20

Tabela 1- Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de publicação. Rio de Janeiro, 2014.

Pode-se observar que a maioria dos estudos foi divulgada na forma de artigos, o que demonstra o interesse por parte dos pesquisadores por esta modalidade na divulgação dos resultados no meio científico.

A tabela a seguir refere-se aos periódicos nos quais foram publicados os artigos desta revisão.

PERIÓDICOS/UNIVERSIDADE (teses e dissertações)	N
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)	2
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS)	2
Revista Brasileira de Enfermagem	1
Saúde e Debate	1
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	1
Universidade de São Paulo (USP)	1
Produção	1
Psicologia & Saúde	1
Revista Eletrônica de Enfermagem	1
PSICO	1
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	1
Revista de Enfermagem: cuidado fundamental online	1
Arquivos Brasileiros Saúde Ocupacional	1
Ciência, cuidado e saúde.	1
Psicologia, ciência e profissão.	1
Texto & contexto Enfermagem	1
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	1
Online Brazilian Journal of Nursing	1
Total	20

Tabela 2 – Distribuição do material bibliográfico segundo o veículo de publicação ou divulgação. Rio de Janeiro, 2014.

Além de diversos periódicos, a tabela demonstra a participação de cinco Universidades (EEAN, UFRS, UERJ, UFRJ e USP) na investigação desta temática. A Tabela 3 descreve o número de artigos segundo as regiões do país.

REGIÕES	N
SUL	09
SUDESTE	09
CENTRO-OESTE	01
NORDESTE	01
NORTE	0
TOTAL	20

Tabela 3 – Distribuição do material bibliográfico segundo a procedência dos autores (primeiro autor). Rio de Janeiro, 2014.

Em relação à procedência do primeiro autor, 18 dos 20 estudos selecionados foram realizados nas regiões Sul e Sudeste, evidenciando um maior engajamento dos pesquisadores destas regiões na produção acadêmica sobre a psicodinâmica do trabalho, com enfoque nas estratégias coletivas de defesa. Mendes e Morrone (2011) evidenciaram, em revisão sobre o uso da PDT em diversas profissões, maior produção de estudos envolvendo a psicodinâmica do trabalho nas regiões Sudeste (36,5%) e Sul (22,8%).

Categoria profissional	N
Enfermeiros	12
Psicólogos	06
Médicos	02
Total	20

Tabela 4 – Distribuição do material bibliográfico segundo a categoria profissional dos autores (primeiro autor). Rio de Janeiro, 2014.

Observa-se no quadro acima que a maioria dos estudos foi elaborada por enfermeiros (12). Em revisão sobre o uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil como teoria e método, Merlo e Mendes (2009) destacam que a categoria da psicologia foi a que mais utilizou a psicodinâmica do trabalho como abordagem teórico-metodológica. A diferença entre os dois estudos possivelmente se deve ao fato de que a revisão aqui apresentada se refere exclusivamente a estudos com profissionais de enfermagem, o que pode ter contribuído para atrair maior número de autores com formação nesta área.

A tabela 4 descreve a categoria profissional dos participantes dos estudos. Para o cômputo destes dados, consideramos que alguns estudos selecionados para a revisão são derivados de uma mesma investigação. Este é o caso dos artigos E8 e E13, derivados das teses E5 e E7, respectivamente. Neste caso, consideramos E5 e E8 como uma investigação, adotando o mesmo procedimento em relação a E8 e E13. Também foi adotado esse procedimento em relação a E11, E15 e E16, que analisam aspectos diferenciados, porém observados em uma mesma investigação. Tal procedimento visou evitar o risco de computar a mesma informação mais de uma vez, fornecendo, portanto, uma informação mais fidedigna dos sujeitos pesquisados. Desta forma, a tabela refere-se a 16 investigações, ao invés de 20 estudos.

Sujeitos	N
Enfermeiros	6
Enfermeiros, técnicos e auxiliares.	4
Auxiliares de enfermagem	2
Profissionais de enfermagem (não especificou as categorias)	2
Enfermeiros e técnicos de enfermagem	1
Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	1
Técnicos de enfermagem	0
Total	16

Tabela 5 – Distribuição do material bibliográfico segundo a categoria profissional dos participantes dos estudos. Rio de Janeiro, 2014.

Os enfermeiros constituem o grupo mais frequentemente estudado de forma exclusiva, correspondendo a seis das 16 investigações. Destaca-se que não houve nenhuma pesquisa realizada exclusivamente com técnicos de enfermagem.

As informações da Tabela 5 mostram que os enfermeiros constituem a categoria mais estudada, pois também foram analisados em conjunto com técnicos e auxiliares de enfermagem.

Outro ponto que merece destaque é que apenas dois estudos abordaram exclusivamente auxiliares de enfermagem: Santos (1996) e Sznclwar e Uchida (2004). Esse dado pode ser atribuído ao fato de que atualmente os auxiliares de enfermagem têm tido sua representatividade dentro da categoria da enfermagem cada vez mais reduzida, o que é estimulado, em parte, pelo Conselho Federal de Enfermagem, que tem capacitado os auxiliares para a progressão para a categoria de técnicos de enfermagem. Assim, cada vez menos evidenciamos concursos e contratações para esta categoria, o que também explicaria a reduzida participação dos auxiliares em estudos nos anos subsequentes, não utilizando mais esta categoria exclusivamente nos estudos.

Nesse sentido, a utilização nos estudos de diversas categorias da equipe de enfermagem constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares está muito atrelada às atribuições de cada categoria. Segundo o decreto 94.406/87, diferentemente dos enfermeiros, os técnicos de enfermagem exercem atividades auxiliares de nível técnico enquanto o auxiliar de enfermagem desempenha atividades auxiliares de nível médio. Todos eles vivenciam o mesmo contexto de trabalho, no entanto, desempenham atividades diferentes e vivenciam as repercussões da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico de formas diferenciadas, o que possivelmente desperta nos pesquisadores o interesse de desvelar estes comportamentos.

Outra característica que merece destaque se refere ao recorte temporal dos estudos, conforme tabela a seguir.

Marco Temporal	N
1980 - 1989	0
1990 - 1999	2
2000 - 2009	11
2010 - 2013	7
TOTAL	20

Tabela 6- Distribuição do material bibliográfico segundo o ano de publicação ou defesa (teses e dissertações). Rio de Janeiro, 2014.

Dentre os 20 estudos, 11 foram publicados no período de 2000-2009, seguido por sete publicações de 2010 a 2013. Esses resultados sugerem uma tendência de aumento no número de publicações nos anos mais recentes, já que foram publicados sete estudos em apenas 4 anos (média de 1,8 estudos/ano), enquanto na década 2000-2009 foram 11 estudos (média de 1,1 estudos/ano).

Cabe destacar que o recorte temporal dessa tabela seguiu o percurso da produção brasileira, sugerida por Bueno e Macedo (2012), que afirmam que a psicodinâmica do trabalho teve início na década de 1980 e acompanha o desenvolvimento da própria teoria, preconizada por Christophe Dejours.

A este respeito, Bueno e Macedo (2012) apresentam um histórico sobre a produção do arcabouço teórico da psicodinâmica do trabalho, em que os estudos da década de 1980 a 1990 enfocavam o sofrimento psíquico, ou seja, analisavam as estratégias defensivas a partir da abordagem da psicopatologia. Já a partir dos anos 90 do século passado, as publicações enfocavam a saúde no que tange aos estudos do prazer e de mecanismos utilizados para tornar o trabalho saudável. A partir disso, os trabalhos buscavam analisar o trabalho como construtor de identidade.

Essa produção inicial com enfoque direcionado para o sofrimento psíquico pode ser observada nos estudos de Mendes e Linhares (1996) e Santos (1996), nos quais os autores buscaram estudar as estratégias coletivas de defesa e as formas de resistência destes trabalhadores, mediante a organização do trabalho causadora deste sofrimento.

Nessa mesma linha de pensamento, ao analisarmos os dezoito estudos que foram publicados a partir de 2000, observamos que eles concordam com o que foi apontado por esses autores. Recuperaram-se os trabalhos com enfoque na relevância da subjetividade e alterações do aparelho psíquico, aprofundando-se nas análises, quais sejam: dinâmicas de trabalho, vivências de prazer e sofrimento, estratégias de enfrentamento da sublimação e reconhecimento (BUENO; MACEDO, 2012).

Quanto ao tipo de abordagem em termos qualitativos ou quantitativos, foram observados resultados semelhantes aos descritos por Mendes, Morrone, Merlo e Facas (2009), que também identificaram métodos e técnicas qualitativas de coleta de dados em praticamente todos os estudos (95%). Na presente revisão, todos os estudos baseiam-se abordagens de cunho qualitativo. O grande percentual de estudos que usam a abordagem qualitativa se justifica porque a psicodinâmica do trabalho é uma teoria calcada em um arcabouço conceitual não passível de apreensão através de métodos e técnicas quantitativas.

A meu ver, a utilização de uma metodologia mista, poderia se distanciar do que foi proposto por Dejours, já que a conjugação dos métodos pode não valorizar a relevância da palavra como instrumento de transformação para o sujeito.

A Tabela 7 descreve o tipo de estudo realizado.

Tabela 7 – Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de estudo. Rio de Janeiro, 2014.

Tipo de estudo	N
Descritivo	07
Pesquisa-ação	05
Estudo de caso	02
Exploratório	02
Total	16

Sete investigações dentre as 16 baseiam-se em estudos descritivos, seguidos por cinco trabalhos que utilizaram a pesquisa-ação. De forma similar, o grande quantitativo de trabalhos que utilizaram a pesquisa-ação demonstra que a mesma vem sendo explorada pelos pesquisadores que adotam a perspectiva dejouriana em suas análises. Estes resultados remetem à discussão feita por Merlo e Mendes (2009) segundo a qual os pesquisadores têm utilizado de forma crescente os estudos descritivos como métodos estritos.

Nesta revisão, observou-se que na maioria dos casos, a psicodinâmica do trabalho tem sido utilizada como referencial teórico através de seu marco conceitual, porém sem utilização do aporte metodológico proposto por Dejours, composto por quatro etapas (pré-pesquisa, pesquisa, devolução e validação dos resultados). O uso da psicodinâmica do trabalho com a utilização do conjunto de técnicas e procedimentos propostos por Dejours foi identificado em cinco estudos, enquanto sua utilização como referencial teórico foi identificado em onze investigações. Mendes e Merlo (2012) contribuem para este resultado ao afirmarem que as pesquisas brasileiras tem utilizado a psicodinâmica do trabalho em duas perspectivas: como categoria teórico-metodológica e como categoria teórica, onde a grande maioria a utiliza como reflexão teórica.

Este resultado nos remete a reflexões quanto ao uso desta abordagem como teoria e como método. Para autores como Merlo e Mendes (2012), dependendo de como ela é utilizada, pode levar ao distanciamento na apreensão do objeto, já que, em sua visão, quanto mais as técnicas se aproximam do método estrito, melhores são as interpretações das relações intersubjetivas. Muitas vezes, a técnica de coleta que será utilizada permitirá uma descrição voltada para a compreensão das vivências e dinâmicas. E o delineamento metodológico passa a ser imprescindível para que a mobilização do trabalhador nas discussões coletivas não seja limitada, o que não invalida a contribuição deste uso de múltiplos métodos para o campo. Contudo, a conjugação de métodos não invalida a análise, mas pode levar a um distanciamento na interpretação.

Segundo Karam (2011), há correntes que defendem a combinação de métodos, no sentido de ampliar a produção de conhecimentos utilizando a psicodinâmica do trabalho adaptada à realidade de trabalho brasileira. Mas por outro lado, há os que acreditam que não há como separar a teoria do método porque o que foi proposto por Dejours foi o uso da teoria e do método, baseado no pressuposto da sua indissociabilidade. A meu ver, acredito que a combinação dos métodos poderia se distanciar das reflexões que propõe a psicodinâmica do trabalho, e poderia modificar as origens do conceito proposto por Dejours, o que poderia levar a uma perda de sua identidade como clínica.

Conforme demonstra a tabela 8 a seguir, sete estudos utilizaram a análise de conteúdo.

Tabela 8 - Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de análise. Rio de Janeiro, 2014.

Tipo de análise	N
Análise do conteúdo	7
Abordagem clínica do trabalho	5
Análise do discurso	1
Análise temática	1
Hermenêutica-dialética	1
Tipo de análise não especificado	1
Total de investigações	16

Os dados da tabela 8 mostram que sete estudos utilizaram a análise de conteúdo, seguidos por cinco estudos que seguiram os pressupostos da psicodinâmica do trabalho na análise. Segundo Minayo (2012), a análise de conteúdo busca descobrir o que está por trás dos conteúdos, para além do que está sendo verbalizado.

Nesse sentido, segundo Bardin (2011, p.37) “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações”. Já os estudos com base em pesquisa-ação utilizaram a

psicodinâmica como categoria teórico-metodológica, na qual a análise se dá através da palavra do trabalhador, que segundo Dejours refere em seus estudos, é de extrema relevância para a pesquisa. Merlo e Mendes (2012) concordam com esta assertiva e afirmam que, também encontraram a análise de conteúdo como a técnica mais utilizada em seu estudo, seguida pela análise de sentido, e análise da clínica de trabalho.

De acordo com os autores supracitados, o importante a ser considerado é que independente do tipo de análise escolhido, o seu diferencial será o olhar crítico. Neste sentido, qualquer que seja a combinação metodológica do estudo, o que dará a sustentação à pesquisa será o referencial teórico e a prática profissional em psicodinâmica do trabalho, onde o peculiar olhar do examinador trará relevância para a pesquisa.

Contribuindo para os escritos acima delineados, Karam (2011, p.59) considera em sua reflexão, e nos leva a atentar para o fato de que cada vez mais se faz necessária a construção de conhecimento através de estudos científicos, que utilizem a psicodinâmica do trabalho como clínica, atentando para “não adulterar o eixo deontológico e epistemológico que garante a marca e a singularidade da clínica como quadro teórico-metodológico”.

Quadro 3 – Distribuição do material bibliográfico segundo o procedimento de coleta de dados. Rio de Janeiro, 2014.

Técnica de coleta dos dados	N
Entrevista semiestruturada	13
Análise documental	4
Grupos de discussão	2
Observação direta	3
Observação participante	2

No que se refere à técnica de coleta de dados, optou-se pela elaboração dos resultados através de um quadro, porque existiram estudos que utilizaram mais de uma técnica. A partir dos resultados encontrados observa-se a predominância do uso das entrevistas semiestruturadas. O uso desta técnica favorece ao pesquisador um vínculo com o sujeito do estudo, onde durante as perguntas podem ser observados gestos e expressões, que poderão auxiliá-lo na análise posterior das informações. De acordo com Minayo (2012, p.65), “a entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho de campo” na área da saúde.

Em relação aos cenários (Tabela 9), dos dezesseis estudos analisados, quatro foram realizados em unidades de terapias intensivas de adulto, seguidas de dois cenários de clínica médica, serviços de urgência e emergência e clínicas - médica e cirúrgica. Em quatro estudos os autores não especificaram o cenário utilizado para seu estudo, e foram denominados nesta revisão de “múltiplos cenários”.

Tabela 9 – Distribuição do material bibliográfico segundo o cenário de estudo. Rio de Janeiro, 2014.

Cenário	N
Unidade de Terapia Intensiva adulto	4
Clínica Médica	2
Urgência e emergência	2
Clínica médica e cirúrgica	2
Alojamento Conjunto	1
Hemodinâmica	1
Múltiplos cenários (sem especificação do setor)	4
Total de investigações	16

Alguns destes locais são repletos de múltiplas tensões, conflitos e poderes enraizados na prática em saúde, que influenciam indubitavelmente não apenas a saúde mental destes trabalhadores, mas também traz repercussões físicas para os mesmos

Como primeiro cenário, as unidades de terapia intensiva (UTI) /centros de terapia intensiva (CTI), atendem uma demanda exclusivamente de pacientes críticos que necessitam de uma assistência mais especializada e monitorizada, abrangendo patologias diferenciadas. As UTI/CTI são cenários marcados pelas seguintes características: ritmo de trabalho intenso, vigília e atenção permanentes, imprevisibilidade, pressão e rápida tomada de decisão, todas permeadas por relações de trabalho conflituosas. Campos e David (2011) referem que a UTI é uma unidade com ritmo de trabalho excessivo, com prazos estabelecidos para o cumprimento das tarefas, cobranças por resultados e normas rígidas, evidenciando um predomínio do modelo Taylorista, levando os trabalhadores ao aumento do trabalho e do custo humano da atividade, com repercussões físicas, cognitivas e psíquicas.

Além destes aspectos característicos das UTIs/CTIs, os pacientes internados nestes setores apresentam longo período de internação, o que leva à criação de vínculos de afetividade com os trabalhadores, assim como com os familiares e acompanhantes. Por se tratar de uma unidade fechada, o acompanhamento a esta clientela é ininterrupto levando os trabalhadores a ficarem confinados no local durante sua jornada de trabalho. Além disso, nesta unidade, se lida com tarefas muito demandantes, o que requer um perfil de trabalhadores com domínio de um saber especializado e técnico, repercutindo intensamente tanto no estado psicológico quanto no físico (MOREIRA; SOUZA; RIBEIRO, 2011).

Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) confirmam os enunciados acima e concluem que com o avanço tecnológico e a qualificação dos estudos em saúde, as unidades de terapia

intensiva tornaram-se locais onde o saber técnico se sobrepõe ao saber prático dos cuidados. Assim, os profissionais acabam lidando com máquinas e tecnologia de ponta, sem haver a preocupação com o binômio paciente-família, tornando-se um local de reprodução do modelo biomédico caracterizado por um saber fragmentado e especializado.

Como segundo cenário, as unidades de clínica médica são locais nos quais pacientes de diversas especialidades médicas estão internados para investigação ou estabilização hemodinâmica, com baixa rotatividade. O longo período de internação permite que se criem vínculos entre trabalhador-paciente-família, onde o grande diferencial de algumas unidades de clínica médica, é que os pacientes podem apresentar quadros clínicos distintos: há os pacientes estáveis, que evoluem para um quadro de instabilidade, há os que já apresentavam estado clínico avançado do diagnóstico quando da internados, havendo ainda os que apresentam quadro grave, mas não conseguem transferência para as unidades especializadas, reflexo da superlotação nas unidades hospitalares.

O que se nota quando se trabalha em unidades de clínica médica é que nas unidades hospitalares há a superlotação de pacientes, que poderiam ser acompanhados em unidades de atenção básica em saúde, demonstrando uma fragilidade e necessidade de reestruturação das portas de entrada para as unidades hospitalares. Na prática clínica, observa-se que tanto os cenários quanto o perfil da clientela vêm se modificando, o que não tem sido acompanhado pela capacitação dos trabalhadores que executam o cuidado nestes cenários. Quanto ao perfil da clientela, Peixoto, Peregrino, Oliveira e Ramos (2011) ao analisarem em seu estudo o perfil dos pacientes oncológicos que buscam assistência em um hospital público referenciado concluíram que a busca pelo atendimento aos hospitais ocorre quando estes pacientes já se encontram em estadiamento avançado da doença, sobrecarregando a assistência que é prestada pela equipe de enfermagem, demandando capacitação para este cuidado.

Neste mesmo sentido, Favoreto (2008) faz uma crítica ao apontar para a necessidade de direcionamento das políticas do Sistema Único de Saúde e da área da saúde coletiva para qualificar os serviços e as portas de entrada do sistema. Na visão do autor, trata-se de incluir mudanças no modelo assistencial, já que o sujeito ainda tem sido inserido nestes serviços de modo descontínuo e descontextualizado, sem que se percebam suas reais e apropriadas necessidades de intervenção.

As emergências e urgências, que também foram cenários de alguns estudos aqui analisados, apresentam ritmo acelerado, alta rotatividade de pacientes que internam com quadro de risco e/ou iminência de morte, decisões a serem tomadas imediatamente, inúmeras demandas de trabalho, caráter de imprevisibilidade e imediatismo e frequente falta de condições de trabalho adequadas, entre outras características (GOMES, 2014). Contribuindo para esta assertiva, Alves, Ramos e Penna (2005) referem que nas unidades de emergência e urgência, há

fragmentação do trabalho com diversos profissionais que lidam com as tensões no atendimento à clientela.

E por último, as clínicas médico-cirúrgicas lidam com características que se mesclam com a clínica médica, e também possuem leitos para pacientes cirúrgicos, nos quais se encontram internados pacientes pré- e pós-cirúrgicos, onde há alta rotatividade de pacientes. Laus e Anselmi (2004) identificaram que nestas clínicas há predomínio de pacientes que necessitam de cuidados mínimos, mas há pacientes que requerem cuidado intensivo, semi-intensivo e intermediário. Com isso, a enfermagem acaba lidando com pacientes de complexidades diversificadas, necessitando de um quadro de funcionários quali- e quantitativamente adequado.

A tabela a seguir reflete o tipo de instituição que estes estudos foram realizados.

Tabela 10 – Distribuição do material bibliográfico segundo o tipo de instituição estudada. Rio de Janeiro, 2014.

Tipo de instituição de saúde	N
Instituição pública	12
Instituição privada	04
Total de investigações	16

A tabela anterior mostra que doze investigações foram realizadas em cenários pertencentes à rede pública. Vale ressaltar que a maioria dos estudos foram realizados em hospitais públicos universitários, hospitais-escola, que fomentam a produção de conhecimento, enquanto nos estudos realizados na rede privada a demanda da pesquisa foi dos próprios pesquisadores.

Atualmente, sabe-se que a rede pública vem atravessando sérios problemas referentes à gestão e planejamento, com cenários e situações vivenciados pelos usuários e profissionais que deixa evidente - não a ineficácia da rede pública -, mas a ineficiência do setor estatal em gerir a saúde. O que se observa são condições de trabalho degradantes e deficiências apresentadas pelos hospitais, com estrutura física e tecnológica inadequada, déficit de recursos humanos e materiais, falta de capacitação dos profissionais, o que faz emergir uma problemática que vai além dos problemas referentes à gestão e à assistência, e sim uma crise de sentido (AZEVEDO; SÁ, 2013).

Em síntese, a presente revisão teve como objetivo reunir e sintetizar o conhecimento acerca das evidências científicas disponíveis na literatura sobre as estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros, o que totalizou vinte publicações.

A maioria dos estudos foi composta por artigos. Todas as publicações tinham abordagem qualitativa com caráter descritivo, utilizando predominantemente a técnica de coleta de dados da entrevista semiestruturada.

Observou-se predominância dos enfermeiros como sujeitos exclusivos nos estudos analisados.

Os estudos publicados foram realizados por enfermeiros, psicólogos e médicos, com maior participação de enfermeiros como autores. Além disso, os pesquisadores dos estudos foram predominantemente das regiões Sudeste e Sul.

Cabe destacar que das vinte publicações selecionadas, cinco aplicaram todas as etapas da metodologia proposta por Christopher Dejours, sendo utilizadas por dois estudos de autoria de enfermeiros, evidenciando uma lacuna do conhecimento a ser explorada pela categoria.

Dentre os estudos selecionados, onze estudos foram publicados entre o período de 2000 a 2009, confirmando a assertiva de Bueno e Macêdo (2012) que referiram que as publicações deste período tinham dentre os focos de investigação as estratégias de enfrentamento.

Cabe ressaltar que, na presente revisão, a ausência de informações relevantes nos estudos, como o tipo de análise, o cenário e os sujeitos de pesquisa, dificultaram a tarefa de compor um perfil dos estudos sobre estratégias coletivas de defesa observadas em equipes de enfermagem de hospitais brasileiros.

O item que se segue apresenta um segundo momento no qual são descritas e analisadas as características das estratégias coletivas de defesa identificadas nos estudos que compuseram esta revisão.

4.2 As estratégias coletivas de defesa: resultados e análise

Neste capítulo são descritas as estratégias coletivas de defesas identificadas nos estudos selecionados. Cabe destacar que em alguns textos a análise do material empírico não faz referência à expressão “estratégias coletivas de defesa” (assim referenciada nos E7 e E8), mas sim a *defesas coletivas* (E2, E6 e E9), *estratégias defensivas* (E3, E4, E5, E6, E9, E12, E16, E17 e E19), *estratégias defensivas coletivas* (E1), *estratégias de enfrentamento* (E14 e E18), *estratégias de defesa* (E5, E16 e E20), *comportamentos defensivos coletivos* (E1), *mecanismos de defesa* (E10, E11, E15 e E19), *estratégias de defesa coletiva* (E2) E *estratégias coletivas defensivas* (E9 e E17). Embora sejam expressões diferentes da terminologia utilizada por Dejours, foram considerados os estudos que utilizaram as expressões com o mesmo sentido dado pelo autor.

As estratégias descritas nos estudos selecionados são apresentadas no Quadro 6. Da mesma forma que o observado em algumas análises do item anterior, a elaboração da tabela considerou as estratégias coletivas de defesa observadas nas 16 investigações. Desta forma,

foram analisados em conjunto os estudos E5-E8, E7-E13 e E11, E15e E16, por terem sido derivados de uma mesma investigação.

Considerando o foco desta dissertação sobre as estratégias coletivas de defesa, este quadro não inclui aquelas estratégias ou mecanismos explicitamente referidos pelos autores como *individuais*.

Quadro 4 – Descrição dos autores, códigos do estudo, termos utilizados, cenários, sujeitos e estratégias coletivas de defesa. Rio de Janeiro, 2014.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E1 MENDES LINHARES	Estratégias defensivas coletivas Comportamentos defensivos	Hospital público/ UTI	Enfermeiros - Agir de forma impessoal ao lidar com paciente em estado grave ou inconsciente (buscando evitar conflitos relacionados à lidar com a própria morte e à fragilidade do humano); - Agir de forma impessoal ao desempenhar tarefas insólitas (lidar com dejetos, por exemplo), podendo cantar no momento de execução da tarefa; - Distanciar-se emocionalmente do paciente no sentido de evitar o desgaste psicológico que interfere na execução das atividades; - Evitar a comunicação com o paciente para fugir do sentimento de impotência para intervir no estado de saúde (ex. administrar sedativos para pacientes poliquêixos, evitando escutar as queixas); - Valorizar procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal (dada à dificuldade de estabelecer uma relação emocional com o paciente), demonstrando preferência por pacientes mais graves, que demandam mais ações técnico-assistenciais.
E2 SANTOS	Defesa coletiva Estratégia de defesa coletiva	Hospital público/ Múltiplos cenários	Auxiliares de enfermagem - Sentir-se dona do paciente como forma de lidar com a falta de controle do processo de trabalho; - Negar o perigo ao não utilizar equipamento de proteção individual (EPI), já que usar o equipamento é lembrar-se do risco; - Afastar-se do trabalho (folgas ou licenças), como forma de suportar os riscos e inadequações observados no trabalho.
E3 SILVINO	Estratégias defensivas	Hospital público/ Clínica médica	Enfermeiros - Improvisar mediante tensões, contradições e falhas, na falta de material, utilizando macetes: a prática de quebra-galhos; - Ausentar-se do setor, e evitar estar presente nos momentos da visita dos familiares; - Agir como se fossem “máquinas” que se desligam das atividades laborais (exemplo, deixando todos entrarem para visita fora de hora); - Quando tem alguma atividade para fazer que achem que não é da sua competência, preferem dizer que não sabem fazer, do que dizer que não vão fazer porque não é sua obrigação.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E4 FERNANDES FERREIRA ALBERGARIA CONCEIÇÃO	Estratégias defensivas	Hospitais gerais de grande porte da rede pública/ Múltiplos cenários	Enfermeiras (exclusivamente) - Afastar-se do trabalho (descanso, curso, lazer), quando percebe que seu repouso está inadequado, podendo causar desequilíbrio emocional; - Evitar pacientes terminais; - Negar problemas no trabalho, procurando fugir através da fantasia; - Negociar com a chefia p/redistribuir as atividades para que o trabalho não interfira na saúde psíquica
E5 SOUZA e E8 SOUZA LISBOA CRUZ	Estratégias de defesa Estratégias coletivas de defesa Estratégia coletivas de defesa	Hospital público universitário/ Clínicas médico-cirúrgicas	Enfermeiras - Solidarizar-se com outras profissionais da enfermagem como forma de sobreviver ao sofrimento; - Impor limites para o volume de trabalho imposto e a capacidade de trabalhar diante de demandas desproporcionais; - Atuar de forma agressiva frente às situações que representam um potencial aumento de trabalho; - Usar o tempo no trabalho para fazer algo diferente para amenizar situações de monotonia e enfado; - Interromper o trabalho através de pausas para minimizar efeitos de um ritmo pesado de trabalho; - Usar atitudes de brincadeira e descontração frente a um ambiente com conflitos interpessoais; - Questionar a hegemonia médica; - Calar-se frente a situações em que são confrontadas com pessoas hierarquicamente superiores, de forma a se proteger de possíveis “castigos” em termos da elaboração das escalas e troca de unidades, entre outros; - Demonstrar descrença e desmotivação em situações em que as adversidades no trabalho se mostram intransponíveis; - Desenvolver atitudes de ativismo, buscando não desistir, não esmorecer frente às dificuldades; - Manter distanciamento em relação aos pacientes para evitar um envolvimento emocional que possa prejudicar a assistência.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E6 SZNELWAR UCHIDA	<i>Defesa coletiva</i>	Hospital público universitário/ Múltiplos cenários	Auxiliares de enfermagem - Negar as dificuldades, fingindo que conseguem atender a todos; - Silenciar-se em relação ao afastamento de colegas e amigas por adoecimento frente à sobrecarga (inclusive descompensação psiquiátrica), pois, todas têm que em condições de dar conta do recado; - Banalizar o sofrimento decorrente da falta de reconhecimento do auxiliar de enfermagem, como se fossem acontecimentos normais, submetendo-se sem resistir.
E7 OLIVEIRA e E13 OLIVEIRA LISBOA	<i>Estratégias coletivas de defesa</i> <i>Estratégias coletivas de defesa</i>	Hospital público universitário/ CTI	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem - Fugir do local de trabalho; - Banalizar o ruído através de comportamentos como desligar o alarme, demonstrar indiferença em relação ao alarme ou fazer ruído no local de trabalho; - Silenciar-se para denunciar a insatisfação frente ao seu trabalho; - Intensificar o ritmo de trabalho para terminar a atividade e se afastar do excesso de ruídos; - Improvisar na tentativa de solucionar os problemas; - Utilizar-se de descontração e humor por meio de brincadeiras e conversas para aliviar a tensão; - Revezar no atendimento aos pacientes, compartilhando experiências e conhecimentos, recorrendo à ajuda mútua.
E9 MACHADO MERLO	<i>Estratégias coletivas defensivas</i> <i>Defesas coletivas</i> <i>Estratégias defensivas</i>	Hospital privado/ Emergência e unidade pós-operatória	Técnicos e auxiliares de enfermagem - Negar a realidade de que a vida é limitada (parece mecanismo de defesa individual, mas não está diretamente explicitado), escondendo sua própria dor e os sentimentos; - Banalizar o sofrimento relacionado à atividade de trabalho (movimentar paciente, horas em pé, carregar maca ou dificuldades ligadas ao trabalho noturno), através do amortecimento do corpo e do espírito.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E10 PAGLIARI COLLET OLIVEIRA VIEIRA	<i>Mecanismos de defesa</i>	Hospital público/ Alojamento conjunto pediátrico	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem - Banalizar situações de falta de recursos materiais, que não é percebida como importante, buscando reduzir as consequências para a atividade, para o paciente e o sofrimento decorrente desta situação. - Banalizar situações de falta de recursos humanos e situações de funcionários “extras” sem experiência com crianças; - Negar a sensação de impotência frente à morte de uma criança, banalizando os sentimentos; - Recorrer à chefia de enfermagem para evitar/fugir de conflitos com a família das crianças; - Procurar direção de enfermagem, passando para a enfermeira responsável pelo setor, para resolver conflitos entre plantões; - Improvisar para dar conta da falta de recursos materiais.
E11 TRAESEL MERLO E15 MERLO TRAESEL BAIERLE E16 TRAESEL MERLO	<i>Mecanismos de defesa</i> <i>Estratégias coletivas de defesa</i> <i>Estratégias defensivas</i> <i>Estratégias de defesa</i>	Hospital privado/ Múltiplos cenários	Enfermeiros - Doar-se ao trabalho de forma ilimitada, no sentido de assumir responsabilidades de outros profissionais, de levar preocupações para além do hospital e aproveitar ao máximo o tempo, extrapolando os limites da vida pessoal e as próprias necessidades em termos da fome, cansaço e doença (alimenta o sentimento de individualismo, buscando dar conta de tudo sozinho, vendo-se como vítima do sistema); - Banalizar o envolvimento excessivo nas atividades de trabalho, como se fosse normal; - Buscar manter a frieza frente à dor dos pacientes, a partir de concepção de que o caráter técnico deve prevalecer em relação ao aspecto afetivo da profissão; - Negar a fraqueza e os problemas de saúde até o limite do insuportável (bloqueando os sentimentos e emoções, naturalizando a dor e sofrimento, alimentando uma visão falsa de si mesmo, como alguém que não fica doente); - Negar o próprio corpo e os limites, descrito como uma forma de anestesiá-lo o corpo para suportar a rotina pesada de trabalho e o comprometimento: não se atrasa, não fica doente.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E12 SÁ	<i>Estratégia defensiva</i>	Hospital universitário público/ Clínica médica	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem - Agir de forma a se afastar do paciente em caso de óbito, usando-se da fragmentação das tarefas, que permite “circular”, buscando fugir da assistência direta ao paciente; - Distanciar-se e negar os sentimentos para evitar um descontrole; - Improvisar diante de situações de escassez de recursos materiais.
E14 DAL PAI LAUTERT KRUG	<i>Estratégias de enfrentamento</i>	Hospital público/ Serviço de pronto-socorro	Equipe de enfermagem (não especificou categoria) - Distanciar-se emocionalmente frente à morte e despersonalizar o cuidado mediante a frieza e humor, incluindo desejar a morte de um paciente para disponibilizar o cuidado a outro paciente com mais chance de sobreviver.
E17 MARTINS ROBAZZI	<i>Estratégia defensiva</i> <i>Estratégias defensivas coletivas</i>	Hospital universitário público/UTI	Enfermeiros - Buscar apoio na prática religiosa, em especial em situações de risco de morte iminente do paciente (de forma individual e coletiva); - Promover o inter-relacionamento entre os membros da equipe de saúde no sentido de aliviar as tensões.
E18 CATALAN	<i>Estratégias de enfrentamento</i>	Hospital público/Clínica médica	Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem - Reclamar da descontinuidade do trabalho do turno anterior funciona como um mecanismo de defesa coletiva; - Idealização da sua equipe, atribuindo prazer e estética à sua prática funciona como uma estratégia de enfrentamento coletiva; - Improvisar frente à imprevisibilidade e precariedade de recursos; - Deixar de suprir suas necessidades fisiológicas para dar conta do trabalho prescrito; - Utilizar-se do humor para enfrentar o sofrimento; - Trabalhar em equipe para amenizar as adversidades da organização do trabalho; - Negar o perigo mostrando-se passivo mediante a insuficiência de recursos humanos, o que leva ao risco no erro na administração de medicamentos; - Sentir-se impotentes, não se envolvendo e negando o sofrimento.

AUTORES E CÓDIGOS DOS ESTUDOS	TERMOS UTILIZADOS NA ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	SETOR/ CENÁRIO	ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESAS E COMENTÁRIOS SOBRE OS RESPECTIVOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO
E19 MONTEIRO OLIVEIRA RIBEIRO GRISA AGOSTINI	<i>Estratégias defensivas</i> <i>Mecanismos de defesa</i>	Hospitais privados/UTI	Enfermeiros e técnicos de enfermagem (já identificados com depressão ou burnout) - Negar e banalizar o sofrimento relacionado à morte de pacientes, assumindo maior valorização do procedimento técnico em relação ao lado humano da profissão; - Assumir atitude de racionalidade para se eximir da responsabilidade pelas situações de pacientes que geram sofrimento.
E20 FLÔR GELBCKE	<i>Estratégias coletiva de defesa</i>	Hospital privado/ Hemodinâmica	Equipes de enfermagem (não especifica categoria) - Negar e banalizar os riscos decorrentes da radiação ionizante através do não uso de equipamento de radioproteção; - Silenciar-se quanto ao (não) uso de equipamentos de proteção, como se o problema não fosse ocorrer com eles.

A análise do quadro 6 mostra uma grande diversidade de estratégias identificadas pelos autores, podendo-se observar, tanto comportamentos referentes a situações de sofrimento diretamente ligadas ao paciente quanto àqueles relativos a outros aspectos da organização trabalho.

Uma estratégia coletiva de defesa evidenciada em diversos estudos desta revisão foi denominada de **“distanciamento do paciente”**. Este comportamento foi evidenciado nos estudos de: Mendes e Linhares (1996), Silvino (2002), Fernandes et al. (2002), Souza (2003), Pagliari et al. (2008), Traesel e Merlo (2009), Oliveira, Lisboa e Cruz (2009), Sá (2009), Dal Pai, Lautert e Krug (2011) e Traesel e Merlo (2011).

A expressão “estratégia do distanciamento” foi utilizada por Souza (2003) que realizou estudo em clínicas médico-cirúrgicas de um hospital geral. A autora se refere a situações em que o coletivo de enfermeiras busca evitar o sofrimento, a dor e a morte frente à doença dos pacientes, mantendo uma distância “a fim de desenvolver suas atividades sem correr o risco de ficar incapacitada de desempenhá-la pelo envolvimento emocional estreito com a clientela” (Souza, 2003; p. 292). Mendes e Linhares (1996) também contribuem para esta assertiva ao referirem que, o estado de dependência física gerado pelo adoecimento do paciente e a morte desestabilizam o profissional fazendo com que o trabalhador evite a aproximação com o paciente para não sofrer. Assim como observaram em que os enfermeiros distanciavam-se emocionalmente do paciente visando evitar o sofrimento psicológico que afeta a execução de suas atividades.

De fato, a estratégia do distanciamento é frequentemente associada à iminência da morte, remetendo os trabalhadores ao sofrimento, gerado pelo incômodo provocado pelo óbito, ocasionando o distanciamento em relação ao paciente. No estudo de Fernandes et al. (2002) em hospitais gerais, os autores trazem o relato de uma enfermeira sobre sua dificuldade de lidar com pacientes em iminência de morte, como pode ser observado a seguir: “[...] não consigo vencer esse meu sofrimento, e tendo conhecimento dessa minha dificuldade evito cuidar de pacientes terminais [...]” (FERNANDES et al., 2002, p.203). Nesta fala se percebe o sofrimento patogênico que ocorreu mediante a dificuldade do trabalhador de superar o incômodo gerado pelo cuidado aos pacientes terminais.

Nesse sentido, no estudo de Sá (2009), com a equipe de enfermagem que atua em atividades de ressuscitação cardiopulmonar, revelou a situação de um trabalhador que foge da assistência direta ao paciente porque este cuidado o leva a enfrentar o agente que causa o seu sofrimento – a morte. Lidar com pacientes em iminência de

morte, segundo a autora, “suscita diferentes reações e atitudes pelos trabalhadores que atuam diretamente nesta atividade” (ibidem, p. 90). De acordo com Pitta (1994), o trabalhador ao se deparar com atividades que lhe desagradam, utiliza-se de estratégias no intuito de ajustar sua atividade à sua satisfação. Esta afirmativa remete à fala de uma auxiliar de enfermagem que durante a reanimação cardiorrespiratória atuava de forma indireta, “circulando”, como uma tentativa de fugir da assistência direta ao cliente:

Porque eu não sei lidar com a morte. Eu trabalho no hospital, mas não sei lidar com a morte. Se tiver em óbito ali, eu peço para um colega fazer para mim. Nesses vinte e tantos anos que eu tenho de Enfermagem, eu nunca fiz um corpo, minto, eu fiz um, pra nunca mais. Mas sei lidar até o último minuto, entendeu? Mas, na parada se eu puder ficar circulando pra mim é melhor. Eu fico muito nervosa, ansiosa. Tenho pânico da morte, de ver a morte. Talvez seja por isso que eu fique circulando. [...] (SÁ, 2009, p.79).

Este comportamento demonstra como o trabalhador lida com sua subjetividade nesta situação, fragmentando a tarefa na ressuscitação cardiopulmonar com o intuito de fugir da morte, uma vez que a finitude pode significar a interrupção dos vínculos que foram criados entre ele e o paciente, o que afeta intensamente sua dimensão subjetiva. No relato que segue, Carvalho et al. (2006) chama a atenção para outro aspecto da dificuldade de lidar com a morte, pois ela pode significar para o trabalhador um fracasso, já que não consegue recuperar a saúde do paciente.

os valores, crenças, vivências dos indivíduos influenciam a sua preparação para morrer ou para exacerbar a dificuldade de enfrentamento da morte. Contudo, essa incapacidade do ser humano em lidar com a morte originária no seu eu e na relação de alteridade é reforçada muitas vezes, no âmbito da saúde, como sinônimo de fracasso profissional, diante da recuperação não alcançada, o que representa a negação da finitude humana. (CARVALHO et al., 2006, p.552).

De forma similar, Mendes e Linhares (1996) discutem sobre a estratégia denominada por eles de “distanciamento emocional na relação com o paciente”, referindo que, a situação do paciente de dependência física e estresse emocional em função da doença, pode ocasionar sentimentos negativos como evidenciado a seguir:

..com os pacientes é um relacionamento mais distante, eu não estabeleço relação, eu digo: oi, tudo bem; mas não estabeleço relação. Às vezes, quando me aproximei mais, você se emociona, fica mais chateado. Eu às vezes, nem sei o nome só o diagnóstico, ah, aquele do TCE, aquele não sei de quê. (MENDES; LINHARES, 1996, p.273).

Outro aspecto também observado no estudo de Mendes e Linhares (1996), se refere a situações que envolvem pacientes muito pobres, em que o trabalhador evita uma relação com o paciente, tanto para se eximir de pensar no baixo poder aquisitivo que o mesmo possui, quanto pelo sentimento de querer desconsiderar o estado crítico

apresentado pelo paciente. Assim não precisa pensar sobre o assunto, como pode ser observado nesta fala:

É uma dificuldade emocional, de não estabelecer relação, de que não querer saber das suas dificuldades, a pobreza dói e como você não vai resolver, melhor nem saber. Você se emociona, pois é um paciente que está bem e de repente complica. (MENDES; LINHARES, 1996, p.273).

Mendes e Linhares (1996) também apontam como justificativa para este distanciamento, a desestabilização emocional que o significado da morte pode proporcionar para os trabalhadores, uma vez que, segundo os autores, este contato poderia “contaminá-lo com o sofrimento do outro”, como pode ser observado neste relato:

...estou ficando abalada com a morte. Eu me via assim agora, e não era assim. Lá dentro, quando o paciente vai a óbito, eu lamento, fico na hora chateada, mas não chega a me tocar, não dá vontade de chorar, acho que separo bem. (MENDES; LINHARES, 1996, p.273).

Quanto a este aspecto, Martins (2011) relata que quando o trabalhador não tem espaço para verbalizar e elaborar o seu sofrimento, ele fica impedido de falar e reconhecer o sofrimento do outro. Assim, na tentativa de eufemizar o que está sentindo, o trabalhador cria uma tolerância ao sofrimento alheio, não se conscientizando do mesmo. Assim, este afastamento do paciente pode levar o trabalhador a evitar o contato com a morte, e com isso, não pensar nas suas próprias questões conforme evidenciado neste relato: “Até quem não tem uma vida desgraçada, morre. A relação com a morte depende da relação que a pessoa tem com você”. (MENDES; LINHARES, 1996, p.274).

Outra justificativa relatada pelos trabalhadores para se manterem distantes dos pacientes é o cansaço físico. Os trabalhadores referem que o desgaste físico os leva a se comunicar com os pacientes de maneira objetiva e sem emoção, se protegendo dos sentimentos que são gerados pelo sofrimento do próximo. Segundo Pitta (1994), para se proteger, os trabalhadores elaboram a estratégia do distanciamento, utilizando-se de uma armadura para não sucumbirem diante do quadro. Desta forma, conseguem controlar os sentimentos e refrear o envolvimento.

No estudo de Martins e Robazzi (2012), os trabalhadores também culpabilizam as responsabilidades, a burocracia e as atividades gerenciais, pelo pouco envolvimento com os pacientes. Para eles, este distanciamento se deve à dedicação a tais atividades e, com isso, evitam o envolvimento físico, emocional e afetivo. Assim, há falta de tempo

por terem que se dedicar a estas demandas - que absorvem muitas horas de trabalho, levando-os a encarar a morte como normal, sem expressão de emoção ou pêsame. O trabalhador imputa na falta de tempo, a justificativa para não se envolver com o paciente.

Outrossim, no estudo de Mendes e Linhares (1996) em UTI, os autores referem que o grupo expressou dificuldade em estabelecer contato com os pacientes em estado crítico, já que não há retorno do trabalho da enfermagem que é executado, ocorrendo impessoalidade no contato com o paciente. A execução de tarefas que geram repulsa ou receio de contaminação levam ao distanciamento do paciente encobrindo a natureza humana do cuidado, como evidenciado nestes relatos:

Eu tenho dificuldade de lidar com os dejetos, tenho repulsa aos dejetos do paciente, se necessário acabo fazendo por decência e obrigação, não dá prazer, não se personaliza o atendimento. (MENDES; LINHARES, 1996, 273).

O que podemos observar quanto a estas diferentes justificativas sobre o distanciamento em relação ao paciente, é que os indivíduos não vivenciam o sofrimento da mesma forma, cada um é dotado de características individuais e peculiares, que irão influenciar a forma de lidar e perceber o cotidiano do trabalho. Dependendo de como sua subjetividade é atingida, reagirão dentro de seu grupo de maneira específica. Desse modo, assim como há trabalhadores aparentemente alheios ao sofrimento do paciente, há os que sofrem por não concordarem com o comportamento do grupo, como pode ser visto neste relato:

Porque você lidando com a morte muitas vezes, lidando com o sofrimento dos outros, a impressão que eu tenho é que as pessoas endurecem e lidam com o choro do outro, com a agonia do outro como se fosse só mais um, só mais uma pedra no caminho que você chuta para o outro lado e continua andando. Mostram-se alheia à dor do outro e isso me choca muito, fico triste. (SOUZA, 2003, p.294).

Esse conflito vivenciado pela entrevistada reflete um sofrimento da consciência, onde cada vez mais os trabalhadores banalizam o cuidado que lhe foi ensinado formalmente e aprendido nos cursos de formação.

Quanto à relevância do cuidado, Machado e Merlo (2008, p.447) referem que “cuidar exige atenção, desvelo, dedicação, solicitude, renúncia, compromisso, investir emoção no trabalho, técnica, conhecimento, investimento afetivo, atenção, consolo, sensibilidade, percepção, havendo uma íntima relação entre cuidador e cuidado”. E possivelmente, um dos motivos para este “descuidado” para com o outro, culminando

no distanciamento dele, é a falta de liberdade no ambiente de trabalho, que contribui para que o trabalhador se distancie do seu objeto de trabalho, que é o próprio cuidado. Para eles, distanciar-se pode significar uma forma de se mobilizar contra esta organização. Trata-se de uma tática para confronta-la, mas que também acarreta sofrimento porque convivem com o dilema de penalizar aquele que é apontado pelos mesmos como quem mais lhe conferem o reconhecimento pela utilidade que tanto almejam: o paciente. Este modo de pensar se fundamenta no que Dejours (2007) segundo a qual para que o trabalhador reinvente seu modo operatório é preciso que haja flexibilidade na organização do trabalho porque é com liberdade que ele encontra o que lhe dá prazer.

O que se pode inferir sobre esta estratégia, é que embora a decisão pelo distanciamento seja da ordem do individual, já que não são todos do grupo que se afastam do cuidado, a estratégia é consensuada pelo coletivo. Isto porque para que um decida não ter contato direto com o paciente, é preciso que os outros executem tais atividades. Na prática, o que podemos observar quanto aos trabalhadores de enfermagem, é que quando há na equipe um funcionário que queira desempenhar apenas atividades técnicas e/ou burocráticas, os outros cooperam na execução do labor. No entanto, quando o grupo não concorda com esta conduta, o mesmo acaba sendo excluído o que demonstra que esta estratégia necessita da pactuação do coletivo, para que seja elaborada.

Dal Pai, Lautert e Krug (2010) também relataram outra forma de distanciamento emocional dos trabalhadores frente à morte, na qual desejam a morte do paciente. Esta é uma forma de justificar o seu sofrimento, já que a morte de um paciente significaria tanto a abreviação de sua enfermidade quanto também disponibilizaria uma vaga para a internação de outro paciente em condições mais viáveis de se reestabelecer. Com isso, os trabalhadores alegam que estariam mais disponíveis para prestar os cuidados dos pacientes.

Neste tipo de comportamento emerge a questão ética imbricada em “se desejar a morte de um paciente”. Entende-se por ética o “estudo da conduta e do caráter [...] preocupada em determinar o que é bom ou de valor para as pessoas e a sociedade em geral” (LISBOA, 2013, p.A26).

De acordo com Lunardi et al. (2009, p.600), o sofrimento moral pode ser ocasionado quando o trabalhador de enfermagem vivencia uma situação de dilema

moral, ou seja, ele “sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência [...]”.

Assim, de acordo com os autores supracitados (ibidem, p.600), se observa que a enfermagem não intercede em favor do doente e distanciamento do contato com os mesmos, evidenciado também comportamentos de “[...] frieza nas relações, visão do doente como uma atividade/trabalho e não como ser humano [...]”.

Como se observa, o sofrimento pode afetar a subjetividade dos trabalhadores que, neste estudo, os trabalhadores atribuem este modo de agir à falta de vagas nos hospitais ou à falta de recursos materiais e equipamentos adequados para atender aos pacientes, o que pode ser evidenciado nesta fala: “ontem não tinha mais nenhum lugar lá, para nenhuma maca”. Sorte que aquele cara morreu, porque nós não tínhamos mais respirador no hospital. (DAL PAI; LAUTERT; KRUG, 2010, p.42).

De acordo com Dalmolin, Lunardi e Filho (2009, p.36):

[...] nas instituições de saúde, os profissionais de enfermagem mostram-se vulneráveis a crises de valores e queda da qualidade do seu trabalho, tendendo a enfrentarem situações dilemáticas, quanto às tomadas de decisão em relação aos seus fazeres com implicações éticas para si, para os pacientes e para toda a equipe e instituições em que trabalham.

Esta insuficiência de recursos para atender aos pacientes pode proporcionar este conflito ético para os profissionais, ao terem que optar ou decidir por quem merece mais receber os seus cuidados. Merlo (2002) refere que as relações entre a organização do trabalho e o trabalho prescrito trazem conflitos ao trabalhador que, ao se opor a estas prescrições, adapta o seu trabalho com atitudes inventivas e experiências novas que podem implicar em sofrimento psicológico para o mesmo.

De acordo com Dalmolin, Lunardi e Filho (2009, p.37), esta precariedade de recursos materiais é uma constante realidade para as instituições hospitalares. Para enfrentar esta situação, o profissional improvisa, levando-o ao sofrimento no trabalho. Assim, nesta relação da organização do trabalho e a ética dos profissionais da enfermagem, este “constante conflito do que seria ideal na enfermagem e o que está em sua realidade representa uma intolerável tensão”.

A este respeito, Ribeiro et al. (2014, p.767) com base em Lunardi et al. (2012) comenta:

[...] o enfermeiro pode vivenciar um paradoxo: tenta aliviar o sofrimento de alguém ao mesmo tempo em que experiencia um sofrimento em si mesmo sem se quer saber, muitas vezes, a causa dessa situação [...] no momento em que seus valores e princípios são confrontados, tem-se problemas éticos, entre eles o sofrimento moral.

Com isso, a organização do trabalho torna-se central na influência sobre o cotidiano profissional, ocasionando segundo Lunardi et al. (2009, p.601) “crise de qualidade no atendimento”, já que as pressões sofridas pelas equipes de enfermagem pode levá-las a banalizar a situação, e gradualmente se distanciar dos pacientes, negando-lhe importantes benefícios

Desta forma, alguns sentimentos gerados pela iminência da morte de um paciente, assim como, a evasiva do sofrimento psicológico e a fuga da desestabilização emocional, atingem a subjetividade do trabalhador levando este coletivo a elaborar outro tipo de comportamento defensivo, intitulado de **“negação do sofrimento”**.

Este comportamento de negar o sofrimento foi identificado nos estudos de: Santos (1996); Silvino (2002); Fernandes et al. (2002); Sznclwar e Uchida (2004), Machado e Merlo (2008), Pagliari et al. (2008), Traesel e Merlo (2009), Sá (2009), Catalan (2012), Flôr e Gelbeck (2013) e Monteiro et al. (2013).

Esta tática é utilizada pelo trabalhador que nega aquilo que o faz sofrer, para não enfrentar o que o incomoda, e pode ser demonstrada de diversas maneiras. Monteiro et al. (2013) asseveram que a negação do sofrimento decorre da resistência dos trabalhadores em reconhecer tanto a própria dor quanto o sofrimento alheio. Outrossim, a negação da dor do paciente pode gerar a impessoalidade da relação cuidador-paciente. Esta tática foi evidenciada por Dejours (2007) que em sua pesquisa, referiu que os operadores e gerentes elaboraram a defesa coletiva de negar o sofrimento do outro e calar o seu próprio sofrimento.

No que tange à negação do sofrimento do paciente, esta é uma luta do trabalhador de enfermagem para resistir à expressão do que sente, e para reconhecer a dor do outro, podendo significar para ele, a demonstração de humanidade, em uma profissão em que se aprende a ser forte. De acordo com Martins (2011), o trabalhador pode não assumir seus sentimentos de sofrimento no trabalho, devido ao sentimento de vergonha por não poder suportar o que o aflige, o que não é uma estratégia eficaz, já que o trabalhador não se conscientiza da sua existência, nem da dor do outro.

Dejours (2007) contribui para este pensamento, ao também referenciar que o trabalhador ao utilizar a estratégia de não perceber o sofrimento do outro, o faz porque sofrer pelo outro significa um constrangimento, o que prejudicaria seus esforços de resistir, sendo mais conveniente não ouvir o sofrimento e as injustiças sofridas pelo próximo. No estudo de Sznclwar e Uchida (2004, p.94), os autores referem que o

auxiliar de enfermagem para se defender do sofrimento, constrói estratégias de defesa, negando as dificuldades e fingindo que atendem a todos, como pode ser evidenciado a seguir: “[...] se sentem impotentes, que parece que fingem que conseguem atender a todos, pois acreditam que, em muitos casos, seria necessário se dedicar mais, ficar mais ao lado das pessoas”. (SZNELWAR; UCHIDA, 2004, p.94).

Sá (2009, p.37) também evidenciou, que dentre as estratégias defensivas dos trabalhadores identificadas em sua pesquisa, os trabalhadores apresentaram a “negação da importância do indivíduo”, onde os trabalhadores utilizam uma blindagem para não submergir diante do sofrimento do outro, adotando um comportamento de controle dos sentimentos. De acordo com Pitta (1994) neste tipo de comportamento é como se todos os pacientes fossem iguais, evitando-se registros afetivos personalizados. Este modo de agir pode ser evidenciado no relato que se seguem, em que o funcionário relata o momento de uma “parada”, em que os movimentos cardiorrespiratórios cessam, este modo de agir pode ser evidenciado:

[...] eu me concentro ao máximo e evito ser dominado pela emoção da cena do que está acontecendo. Naquele momento eu consigo dividir completamente a emoção da razão. E fico realmente focado no evento. Durante a parada eu não me envolvo muito emocionalmente. Não percebo, se acontece, não percebo nenhuma alteração mentalmente ou fisicamente [...] (SÁ, 2009, p.84).

No estudo de Pagliari et al. (2008, p.72) os trabalhadores referem que a interrupção do vínculo de afeto e cooperação estabelecido com a criança, como por exemplo, no caso de óbito faz emergir “sentimentos de dor, tristeza, frustração e impotência”. Com isso, os mesmos utilizam a estratégia de defesa da negação para enfrentar esta situação devido aos sentimentos suscitados: “Quando há perda de uma criança né, você se sente abalada né”. (PAGLIARI et al.; 2008, p.72).

No entanto, os autores referem que para fugir desses sentimentos, alguns funcionários tentam negar e agem como se nada tivesse acontecido. Para Pitta (1994), o convívio cotidiano com a dor, sofrimento e morte suscita sentimentos dolorosos e desagradáveis nos trabalhadores de saúde, sentimentos estes que muitas vezes acabam sendo silenciados ou desconsiderados.

Desta forma, buscando amenizar a percepção da realidade, o trabalhador também nega a realidade geradora de sofrimento que o circunda, como uma forma de eufemizar o seu sofrimento e não reconhecer seus aspectos deletérios. A partir disso, também identificamos a estratégia da negação no que tange aos aspectos relacionados

ao trabalho, como por exemplo, a negação da realidade. Esta tática é utilizada quando o trabalhador não quer refletir sobre os acontecimentos cotidianos, fugindo dos sentimentos suscitados pelo sofrimento, e agindo como se nada estivesse acontecendo, resultando na banalização de seus sentimentos. No estudo de Fernandes et al. (2002), o trabalhador nega a realidade que vivencia como uma forma de fugir dos seus sentimentos:

quando tem algo me incomodando, eu procuro não pensar; eu reprimo esse ou aquele fato que me incomoda e começo a pensar nas coisas boas que já me aconteceram ou que podem acontecer; fujo pela fantasia; sei que é uma forma de fugir do problema, mas sei também, que é a forma que tenho para me proteger contra o mal-estar psíquico. (FERNANDES et al.; 2002, p.203).

Neste contexto, também se observou que os trabalhadores “negam seu próprio cuidado”, a partir do desrespeito a seus próprios limites em nome do “amor à profissão”. Não há tempo para si, somente para o cuidado ao paciente porque pensar em si significa compreender a exploração da organização do trabalho. De acordo com Traesel e Merlo (2009) os trabalhadores naturalizam sua dor e sofrimento, idealizando uma imagem de profissionais que não adoecem porque são fortes, e não sofrem com as perdas porque estão imunes ao seu sofrimento e ao do outro. Além disso, evidenciaram que o trabalhador nega o cuidado de si, para atender apenas aos desejos dos outros, trabalhando com fome, sede, em pé por muitas horas sentindo dor, e adiando as suas necessidades fisiológicas em favorecimento do outro. Conforme podemos evidenciar neste relato em que a negação de si é muito clara: “não quero, não posso perder tempo [...] ir ao banheiro pode ser perda de tempo, parar para conversar não dá, lanche é rapidinho [...]” (TRAESEL; MERLO, 2009, p.105).

Em outra publicação decorrente do mesmo estudo, Traesel e Merlo (2011) referem que, no anseio de atender a todos, os trabalhadores vivenciam o conflito de não conseguir atender a todas as demandas prescritas, e ao constatarem esta impossibilidade negam a si próprio: “[...] não sei se estou feliz, se estou triste, só sei que eu trabalho muito mesmo, até doente [...] a gente esquece da gente mesmo...” (TRAESEL; MERLO; 2011, p.47).

Desta mesma forma, também podemos identificar nos estudos que a negação suscita outro tipo de negação: a negação do perigo. Como podemos observar nos estudos de Santos (1996) e Flôr e Gelbcke (2013), os trabalhadores referem que não utilizam o equipamento de proteção individual (EPI), com a alegação de esquecimento,

incômodo e desconforto. Segundo Flôr e Gelbcke (2013), os trabalhadores provocam um desafio proposital e desafiam o próprio perigo recusando a realidade na qual estão inseridos. No estudo de Santos (1996), em que também foi evidenciada a recusa em utilizar o EPI, a autora refere que o seu uso significaria lembrar-se do risco existente, como podemos evidenciar nesta fala em que a trabalhadora grávida questiona o seu uso: “Grávida, tive que me isolar toda!” Estas mesmas autoras esclarecem que observaram que muitas vezes a própria instituição também é omissa quando não oferece o EPI e não orienta os profissionais sobre como usá-las.

Com relação à negação do risco, Dejours (2007) assevera que os operadores da construção civil de seu estudo agiam no intuito de zombar e ridicularizar o risco a que se submetiam, desafiando-o. Assim, o que podemos atentar é que este comportamento agrava o risco para os trabalhadores porque os mesmos mudam sua percepção da realidade ao afastá-la da sua consciência, o que não altera a realidade de que o perigo existe, ou seja, não é negando-o que poderão bani-lo.

O estudo de Catalan (2012) confirma esta assertiva, onde a autora cita que uma das estratégias de enfrentamento utilizada pelos trabalhadores é a negação do perigo. Em seu estudo, o trabalhador mediante a sobrecarga de trabalho não luta para mudar sua realidade, e exerce suas atividades laborais, conscientes de que o déficit de recursos humanos e as inúmeras demandas do labor, levam ao risco na administração de medicamentos. Para dar conta do trabalho prescrito e atender as expectativas da organização do trabalho, continuam se expondo a este risco. E para este enfrentamento, elaboram a estratégia de negar o perigo para se resguardarem da situação que está lhe causando sofrimento, no intuito de preservar sua saúde psíquica.

Outra forma de negação foi observada quando o indivíduo para se livrar das responsabilidades, nega os seus sentimentos e comporta-se de forma passiva. Dejours e Jayet (2009, p.90) denominam este comportamento de “greve do zelo”, onde o trabalhador não toma mais iniciativas. Esta atitude de não se confrontar com o que o incomoda, comportando-se passivamente, foi descrita por Silvino (2002) em seu estudo:

Eu deixo todo mundo entrar, se quiser ver o paciente fora de hora, no meu plantão, todo mundo pode entrar pode ver, eu já deixei vários entrar nessas situações. Assim, que eu acho que é desnecessário impor essas regras assim. (SILVINO, 2002, p.83)

Às vezes eu sei fazer alguma coisa, mas se eu achar que não é da minha obrigação, então digo que não vou fazer. Prefiro dizer que não sei fazer do que dizer que não vou fazer porque não é minha obrigação. (SILVINO, 2002, p.83)

De acordo com o autor supracitado, estas defesas revelam que são construídas pelos enfermeiros submetidos ao desgaste mental vivenciado no labor, onde também se observou um comportamento de “desligamento das atividades laborais, como se o enfermeiro fosse uma máquina que pudesse desligar a qualquer momento”. (SILVINO, 2002, p.84). Conforme se pode perceber pelas falas, os trabalhadores mediante situações que podem lhe gerar estresse ou conflitos, comportam-se de forma “indiferente”, por acreditarem que assim, não vivenciarão momentos de sofrimento.

Quanto a este aspecto, Dejours (1992) refere que, para executarem o trabalho prescrito e não adoecerem, os trabalhadores utilizam estratégias como o conformismo, individualismo, negação do perigo, agressividade e passividade, buscando desta forma, manter o equilíbrio psíquico e se proteger do sofrimento, conforme podemos observar nesta fala: “[...] quando não posso me furtar desse tipo de cuidado, eu passo o resto do dia improdutivo no meu trabalho”. (FERNANDES et al., 2008, p.203).

Assim, o que se pode inferir sobre a estratégia da negação é que embora possa transparecer que o sujeito vivencie individualmente o seu sofrimento, ele se une aos outros trabalhadores na elaboração desta estratégia, se protegendo, e dando continuidade às suas tarefas.

Muitas vezes, atrelado a esta tática de negação identificou-se outro comportamento defensivo intitulado **“banalização do sofrimento”**. Este comportamento foi identificado por diversos autores, como Oliveira (2004), Sznclwar e Uchida (2004), Pagliari et al. (2008), Traesel e Merlo (2009), Merlo, Traesel e Baierle (2011), Traesel e Merlo (2011), Catalan (2012), Monteiro et al. (2013), e, Flôr e Gelbcke (2013).

Esta é uma tática utilizada pelo trabalhador quando não percebe o seu sofrimento como um problema e acomoda-se com a situação, como se não fosse seu problema. O trabalhador não considera o sofrimento importante, e nem o percebe como causador de estresse psíquico, assimilando esta situação como normal. Pagliari et al. (2008) contribui para este pensamento ao referir que ao negar seus sentimentos em seu cotidiano, os trabalhadores banalizam seus sentimentos.

Monteiro et al. (2013) também afirmam que diante do sofrimento, na tentativa de amenizar e tolerar as adversidades do trabalho na UTI, os trabalhadores elaboram as

estratégias de negação e banalização do sofrimento, como revelado neste relato: “Acabei me acostumando a lidar com a morte”. (MONTEIRO et al.; 2013, p. 375).

Segundo Traesel e Merlo (2011), para que esta estratégia seja mudada, exige esforço do coletivo, porque esta acomodação é difícil de ser desmobilizada, conforme podemos observar neste relato: “a gente talvez permita que isso aconteça, a gente está tão acostumada”. (MERLO; TRAESEL; BAIERLE, 2011, p.99). Para Dejours (2007), esta tática preocupa, uma vez que cria uma tolerância e insensibiliza os trabalhadores, que acabam se familiarizando com o sofrimento, tornando-se submisso ao sofrimento e cúmplice do mesmo.

Como exemplo desta submissão e cumplicidade adotada pelos trabalhadores, Pagliari et al. (2008) referem que, os funcionários do seu estudo deixam de perceber a falta de recursos materiais e “banalizam” esta ausência, como se não a considerassem importante, não percebendo a escassez dos insumos como causadora de estresse. É como se a equipe assimilasse a situação como “normal”, apresentando uma aparente adaptação. De acordo com Lancham e Sznclwar (2011), esta aceitação da situação causadora de sofrimento é carregada por um comportamento de adaptação como se tudo fosse normal, também podendo decorrer do medo, que pode se ocultar em diferentes aspectos, como o medo do desemprego, o medo da ameaça de punição e o medo de ser excluído, atrelados a um sentimento de que as coisas não vão mudar.

Quando analisamos os aspectos inerentes às condições de trabalho, evidenciamos que no estudo de Pagliari et al. (2008), a má qualidade dos recursos materiais interferia na assistência prestada à criança, gerando sofrimento pelo uso de materiais em quantidade e qualidade inadequados, como podemos observar neste relato:

às vezes aqui na pediatria, acontece que tem material de má qualidade. Esses tempos tinha uns polifix com tampinha, é uma travinha que tem no polifix, aquilo lá era colorido, um amarelo e uma rosa, quando a gente punctionava e colocava, partia o caninho (PAGLIARI et al., 2008, p.68).

A adaptação com um caráter de normalidade foi observada no estudo de Traesel e Merlo (2009, p.105), como se os trabalhadores estivessem envolvidos pela “trama da ordem econômica e social da atualidade”, que naturalizaram a dor e o sofrimento. Este comportamento pode ser percebido nas falas dos entrevistados quando dizem que “já me acostumei, só me preocupo se paro de pensar” (TRAESEL; MERLO, 2009, p.105). Neste estudo os autores esclarecem que, os trabalhadores ao lidarem com afetos e

interação humana não impõem limites para o início e o fim de suas atividades, fazendo com que eles não queiram perder tempo para aproveitar o máximo de seu tempo.

Neste sentido, o que podemos asseverar é que quando o trabalhador se conforma, o mesmo se faz de indiferente, e não intervém na situação, livrando-se das responsabilidades de se confrontar com a problemática e refletir sobre a mesma. Dejours (2007) afirma que, as novas formas de gestão trazem à tona a banalização das adversidades, como uma forma de suprir as demandas econômicas e sociais. Assim, as injustiças acabam parecendo justas e boas, embora muitos percebam que poderia ser diferente, e o fato de já estarem acostumados, levando-os a continuar fazendo tudo do mesmo jeito, sem se opor. Flôr e Gelbcke (2013) contribuem com esta assertiva quando esclarecem que os trabalhadores de sua pesquisa banalizam as manifestações e se adaptam à situação, como se fosse normal, por medo de perder o emprego.

De acordo com Oliveira (2004, p.160) mediante a problemática dos ruídos em uma UTI, os trabalhadores adotavam como um dos seus comportamentos a banalização do ruído através do ato de “desligar ou diminuir o alarme dos aparelhos, indiferença em relação aos ruídos e fazer ruído no local de trabalho”. Os mesmos justificam esta conduta através da pressão que sofrem para trabalharem mal, uma vez que, devido às falhas técnicas dos aparelhos ou os movimentos feitos pelos clientes, ou até mesmo sua experiência, disparam os alarmes e optam por manterem o controle pela percepção visual. Esta conduta pode ser evidenciada neste relato:

Você pode ver, você observa isso: está alarmando a bomba! Tem muito colega que vai ali e desliga! Não para ver se tem alguma coisa obstruindo, se tem alguma coisa dobrada. Você vê que já é alguma coisa de irritação, porque você tem hábitos, você tem rotinas de chegar, fazer aquilo, acabou e não fazer mais nada (OLIVEIRA; LISBOA, 2009, p.28)

Assim, de acordo com Oliveira e Lisboa (2009) quando os trabalhadores banalizam os ruídos, eles comportam-se de maneira a transferir a responsabilidade de solucionar os problemas para os outros, como observado nesta fala:

Pessoas que ouvem o mesmo som e que têm atitudes diferentes diante desse som. Uns rapidamente levantam e vão ver o que está acontecendo, outros investigam o paciente como um todo. Outros não fazem simplesmente nada. Às vezes nem se levantam pra ver o que está acontecendo. Limitam-se à distância, a olhar o que está acontecendo, e não mais do que isso (OLIVEIRA; LISBOA, 2009, p.29).

Machado e Merlo (2008) referem que os trabalhadores banalizam o seu sofrimento amortecendo o seu corpo e espírito para que, assim, consigam sobreviver,

uma vez que, banalizando não percebem o real sentido desta dor, como evidenciado neste relato:

É como se seu corpo estivesse anestesiado para a dor provocada pela necessidade de fazer força ao movimentar os pacientes, de ficar em pé horas sem fim, de carregar maca, cadeira de rodas, etc., mas o sofrimento continua existindo.(MACHADO; MERLO; 2008, p.450).

Ao banalizar eles tentam amenizar o seu sofrimento e podem continuar o seu trabalho. Sznclwar e Uchida (2004) referem que em seu estudo que, este comportamento é adotado pelos auxiliares de enfermagem, que não têm o reconhecimento por parte dos outros profissionais de sua competência profissional e do seu saber prático construído pela sua experiência. Assim, “Alguns escutam, mas não falam, outros veem, mas não enxergam, e um terceiro grupo, não falam sobre o que veem”.(SZNELWAR; UCHIDA, 2004, p.96). Os acontecimentos ocorrem como se fossem naturais e normais. Esta atitude ocorre com o intuito de dar conta do que foi prescrito, ou tentar “fazer de conta que dão”.

Outra atitude evidenciada por Oliveira e Lisboa (2009) foi a de que os trabalhadores ao banalizarem o ruído, adotam atitudes de indiferença e de não intervenção, como evidenciado nesta fala:

Eu sei de pessoas que já trabalharam comigo que são alheias ao ruído dos aparelhos. Eu não confio nelas. Porque elas não se incomodam com o barulho. Algumas pessoas conseguem, como se fossem ficar imunes, alheios ao barulho. Vou fingir que eu não estou ouvindo! Não estou ouvindo mesmo! Muitos falavam isso (OLIVEIRA; LISBOA, 2009, p.29).

Da mesma forma, Oliveira (2004) refere que para banalizar, os trabalhadores agem de maneira ruidosa no seu local de trabalho, reproduzindo condutas que remetem as suas vivências no ambiente familiar e social. É uma forma de negar ou se distanciar da realidade que o faz sofrer – o ruído – sendo, na realidade, provocado pelo próprio trabalhador.

Esta tática funciona como uma forma de descarregar a tensão nervosa por conta da pressão no trabalho, como pode ser observada na seguinte fala:

Os próprios colegas se alegram com os outros e aumentam o barulho, um local que precisa da tranquilidade e às vezes nós mesmos não colaborávamos com isso, porque a gente já estava estressado e falava alto sem perceber, não é. (OLIVEIRA, 2004, p.167).

Também se observou que os entrevistados apresentam uma atitude de vitimização frente aos problemas, referindo um sentimento de incapacidade de mudar a realidade, sentindo-se impotentes e desanimados. Este modo de agir ocorre não só pelo

fato de não ter recursos materiais e humano adequados para a execução das atividades, quanto por não ter reconhecimento do seu trabalho realizado – utilidade – pela instituição e superiores, conforme se evidenciou nos estudos de Fernandes et al. (2002), Sznclwar e Uchida (2004), Pagliari et al. (2008) e Traesel e Merlo (2009).

Neste sentido, para enfrentar esta realidade, acabam banalizando suas condições de trabalho, na tentativa de preservar sua autonomia, como pode ser observado nesta fala: “a quantidade de pacientes a gente nem liga mais, porque a gente já pegô, tanto faz, eu num lado e a T. do outro, por ser quantidade de paciente, a gente não liga mais.” (PAGLIARI et al., 2008, p.70). Por esta fala o que se percebe é que esta atitude demonstra o sentimento depreciativo em relação a sua incapacidade de mudar esta realidade.

No estudo de Sznclwar e Uchida (2004), os autores relatam que as auxiliares de enfermagem se queixam das condições de trabalho, questionando as prescrições das tarefas, as condições materiais, o ambiente inadequado e os equipamentos, e mediante estes problemas acreditam que seu trabalho não é desenvolvido com a qualidade que almejavam, e que por isso, sentem-se cansadas e no limite de sua capacidade física e emocional. Com isso, as entrevistadas referem que se sentem impotentes, e fingem que conseguem atender a todos os pacientes, mesmo acreditando que deveriam se dedicar mais, como evidenciado neste relato: “quem sai perdendo é o paciente”. (SZNELWAR; UCHIDA, 2004, p.94).

Esse sentimento de impotência acaba gerando mais sofrimento, porque o trabalhador percebe que não é capaz de mudar a realidade que vivencia no seu labor, e acabam adotando uma postura de vítima. Deste modo, mesmo inseridos em uma organização de trabalho sufocante, banalizam a condição que vivenciam, e agem se justificado de que não são culpados pela situação que se encontram.

A inferência que pode ser feita sobre esta estratégia é que a mesma é elaborada, conforme Souza (2003, p.54) refere, “no seio do coletivo de trabalho”, porque para se proteger do sofrimento, o grupo lida com esta realidade de maneira normal, consensuada pelo coletivo, já que os que não banalizam acabam sendo afastados, seja adoecendo ou mudando de local de trabalho.

Assim, adotando este comportamento de naturalizar o seu próprio sofrimento evidenciou-se também a estratégia da **“doação ilimitada ao trabalho”**, identificada no estudo conduzido por Traesel e Merlo (2009), Merlo, Traesel e Baierle (2011) e Traesel e Merlo (2011).

Esta tática tem um caráter de doação sem limites, e vem ao encontro de uma tendência da atualidade das novas conformações dos processos de trabalho, que exigem profissionais disponíveis, que coloquem sua vida profissional acima da vida familiar. Este novo contexto da contemporaneidade tem contribuído para que as relações de trabalho sejam marcadas pelas exigências de dedicação e responsabilidade. Este senso de disponibilidade e valorização da vida profissional em detrimento da pessoal, pode ser evidenciado nesta fala: “Em casa é como se eu ainda estivesse no trabalho, não desligo [...] a exigência é a mesma [...] acabo esquecendo de mim.” (TRAESSEL; MERLO, 2011, p.46). O que se observa neste cenário é que esta dedicação transpõe os muros do trabalho, e o trabalhador negligencia o seu próprio bem-estar em prol da organização do trabalho.

Com relação a este aspecto, Santos (2001) refere que dentre as mudanças sociais da atualidade podemos destacar a “fragilização” da atuação da coletividade, que passa a se voltar mais para a ordem do individual, submetendo o trabalhador às condições de trabalho precárias, além de ultrapassar seus limites pessoais em prol da organização do trabalho. Segundo Azevedo (2013), esta lógica aprisiona o tempo do indivíduo, que em prol das atividades do trabalho que lhe são requisitadas, e pela urgência em ter que resolver as demandas em curto espaço de tempo, passa a acreditar que resolvendo todos os problemas do labor dará sentido ao seu trabalho, e será supervalorizado pela dedicação.

O autor supracitado (idem, 2013) contribui para esta discussão, referindo que a globalização trouxe consigo uma organização do trabalho, marcada por um contexto de competitividade, com minimização do prazer e intensificação dos ritmos, levando a conflitos. As múltiplas tarefas dos que gerenciam o trabalho são marcadas por fragmentação, o que tem ocasionado à sobrecarga de trabalho.

Embora a autora não tenha destacado como estratégia, Catalan (2012) refere que para dar conta do seu trabalho, o profissional de enfermagem rompe com os limites de sua vida pessoal e suas próprias necessidades. Os entrevistados referem não se importar com o que aconteça desde que o trabalho seja feito, como podemos evidenciar na fala a seguir: “Eu acredito que assim [...] tem dias que não estás muito legal [...] daí tu tem que fazer um esforço, daí tu deixa lá fora, fica lá, tu chega a aqui e tem que fazer o teu trabalho.” (CATALAN, 2012, p.73). Segundo Traesel e Merlo (2011), para os trabalhadores a sensação é de que por mais que deem tudo de si, acreditam que

poderiam ter dado mais, onde esta doação nunca é suficiente, gerando insegurança e incertezas no trabalho, onde acabam se responsabilizando por tudo.

Nestes relatos percebe-se que as horas trabalhadas transcendem a jornada de trabalho; ao levar as responsabilidades para casa, não percebem os efeitos nocivos para sua saúde. De acordo com Traesel e Merlo (2011), a história da profissão é permeada por esta abnegação, com profundas marcas de subalternidade, o que também limita os profissionais a lutarem por mudanças. Como podemos observar a seguir “[...] temos que dar conta de tudo, afinal somos enfermeiros.” (TRAESSEL; MERLO, 2009, p.104). Segundo Martins (2011) quando o trabalhador se recusa a perceber o seu sofrimento, ele consente e banaliza, progressivamente, a violência que sofre, extrapolando os seus limites.

Assim, desconhecendo o quanto vão trabalhar, se adaptam e criam estratégias para lidar com este ambiente estressante e de intensas pressões. O que se nota é que não se considera o indivíduo como ser humano, já que o mesmo se cobra demasiadamente, sem respeito pelos seus limites. A partir deste senso de “profissionais sem limites”, Traesel e Merlo (2011) associam este padrão de comportamento à estratégia que denominam como “exaustão”, relacionando-a a esta exigência da organização do trabalho para com o trabalhador, que exige dele o seu máximo, com o intuito de que dê conta das demandas da profissão.

Segundo os autores supracitados, as entrevistadas buscavam um elevado nível de desempenho, visando se adaptar às exigências das atividades. No entanto, é uma tática que demonstra submissão por parte das mesmas, já que as cobranças atuais da organização de trabalho são permeadas pela “pressa, polivalência e elevada performance” (TRAESSEL; MERLO, 2011, p.46). A respeito deste pensamento, Ferreira (2011) afirma que o que influencia a experiência de trabalhar é a organização do trabalho. E Dejours (1992) também enfatiza que é na organização do trabalho que estão as forças que empurram o trabalhador para o sofrimento mental.

Assim, percebem que esta dedicação sem limites, é uma atitude característica de sua categoria, conforme observado neste relato: “Os outros funcionários não assumem dessa forma sem limites.” (TRAESSEL; MERLO, 2011, p.46). Nardi (2003) observa que esta inquietação em executar o trabalho prescrito é inerente à categoria da enfermagem, que coloca as necessidades dos outros acima das suas, negligenciando o cuidado de si em prol da “excelência do desempenho”, para além dos limites do corpo.

Esta dedicação excessiva também se observa no comportamento de alguns trabalhadores da enfermagem que acreditam ter o controle excessivo das situações de trabalho. Barros e Mendes (2003) referem que este controle excessivo é marcado pelo demasiado senso de responsabilidade do profissional, não só para com o paciente, mas para com a instituição e até mesmo com outros profissionais. Como ilustrado nesta fala: “[...] ficamos responsáveis pelo paciente 24 horas por dia [...]” (TRAESSEL; MERLO, 2009, p.104).

Contribuindo para esta discussão, Santos (1996) refere que os trabalhadores de enfermagem do seu estudo possuem um sentimento de se sentirem “donos dos pacientes”, decorrente da falta de controle sobre o processo de trabalho. Assim, este senso de responsabilidade e controle exagerado também foi evidenciado no estudo de Traesel e Merlo (2011), onde o trabalhador assume e incorpora demandas que não são da sua responsabilidade, demonstrando um zelo excessivo, fragilidade, ou pouca compreensão da definição das tarefas, que pode ser evidenciada nesta fala: “o enfermeiro se responsabiliza também pela postura dos demais profissionais [...]” (TRAESSEL; MERLO, 2011, p.46). Este comportamento de controle excessivo demonstra a postura dos trabalhadores de se doar-se ilimitadamente para o trabalho, podendo desencadear conflitos nas relações sociais, e demandar muito sofrimento para o profissional.

Com isso, as contradições evidenciadas pelos trabalhadores em suas atividades laborais são de extrema relevância porque acabam repercutindo em sua saúde mental, uma vez que, a insatisfação gerada ocasiona um custo para o trabalhador, que tem que adaptar seus anseios e competências ao trabalho. Nesta luta contra esta organização que se mostra rigidamente organizada, o trabalhador acaba extrapolando os limites de sua capacidade para atender às demandas da organização, gerando grande esforço físico e mental para dar conta do trabalho prescrito, e acabam sofrendo (DEJOURS, 1992).

E assim, não adaptando o trabalho que é prescrito às suas necessidades, acabam elaborando estratégias coletivas de defesa no enfrentamento destas incoerências do labor, e o que percebemos é que os indivíduos aparentam estar entranhados na ideologia da doação sem limites, buscando privilegiar as exigências da organização, que incentiva e amedronta os trabalhadores, através da constante ameaça de que para ser bem visto no trabalho basta que se adaptem à competitividade e sejam criativos. Para Azevedo (2013), os trabalhadores envolvidos nas malhas da organização não têm liberdade em relação a seu corpo, ao modo de pensar e sua psique. Assim também como, Enriquez

(2000) assevera que a organização leva o indivíduo a se submeter e se alienar, como se fossem resignados, integrados e criativos.

Para Lazzaratto e Negri (2001) apud Traesel e Merlo (2011), para a nova organização do trabalho, não basta que o indivíduo trabalhe, ele tem que deixar sua alma, personalidade e subjetividade em função da organização do trabalho, que comandará sua vida, conforme podemos apreender nesta fala:

A gente é um pouquinho de cada profissional [...] acaba indo além. É uma das profissões mais desgastantes que existe, ficamos responsáveis pelo paciente 24 horas por dia. Até quando falta alguma coisa temos que dar um jeito. É o primeiro profissional a ser chamada por qualquer coisa dentro do hospital e precisa responder a tudo [...] somos pau para toda obra. (TRAESEL; MERLO, 2009, p.104).

Com relação à estratégia de se doar sem limites, evidenciada pelos autores, podemos inferir, ser uma estratégia da ordem do coletivo de trabalho, que precisa ser compactuada por todos. E neste contexto de doar-se sem limites podemos observar que para amenizar o sofrimento que o labor proporciona, os trabalhadores intensificam o ritmo do seu trabalho, para que desta forma, o tempo passe mais rápido e consigam realizar as demandas (FERNANDES et al, 2002; OLIVEIRA, 2003).

Este comportamento de auto aceleração acaba funcionando como mecanismo de adaptação à sobrecarga de trabalho, para que o trabalhador possa manter seu equilíbrio e se proteger, já que tem que lidar com situações que demandam agilidade, destreza e resolutividade mediante a imprevisibilidade. (OLIVEIRA, 2004). Com isso, esta intensificação pode gerar riscos para o trabalhador, que para tornar o seu trabalho mais rápido, aumenta sua atenção levando a uma fadiga mental, uma vez que, há supervalorização do esforço psíquico (SELIGMANN-SILVA, 1987). De acordo com Martins (2011), esta intensificação é uma forma de explorar o sofrimento do trabalhador, já que estimula a cooperação para tirar proveito e usurpar o “saber-fazer” dos trabalhadores, o que acaba deteriorando as relações entre os colegas. Quanto a este aspecto, Azevedo (2013. p.54) refere que:

Vivemos uma mutação radical em relação com o tempo; diante da improvisação de novas exigências, a cultura do imediato nos leva a trabalhar na urgência permanente para ganhar eficácia [...] assim, emergem novas formas de expressão de nossa relação com o tempo, que são a urgência, a instantaneidade e a velocidade.

Desse modo, atrelado a esta atitude de não respeitar os seus limites, o trabalhador tenta neutralizar os efeitos do sofrimento no seu corpo, não sentindo dor ou repercussões físicas, como se estivesse anestesiado pelas mazelas do labor, se

evidenciando outra estratégia intitulada de **“anestesiamento do corpo”**. Este comportamento foi evidenciado nos estudos de: Machado e Merlo (2008), Merlo, Traesel e Baierle (2011) e Traesel e Merlo (2011).

Com base neste tipo de comportamento, Traesel e Merlo (2009) afirmaram que o trabalhador naturaliza sua dor e sofrimento, cultivando a falsa ideia de que não adoecer porque é forte, e que não sofre as perdas dos pacientes de quem cuida, funcionando como uma imunização a tudo o que acontece. Para Machado e Merlo (2008, p.450) é como se o trabalhador desenvolvesse a estratégia de “amortecer o corpo e o espírito”. No entanto, este anestesiamento não exime o trabalhador de continuar sofrendo, podendo leva-lo ao adoecimento, já que há um conformismo e uma aceitação do trabalhador, de que seu corpo está adoecendo ou está adoecido, envolvido por um sentimento de que não há como mudar esta realidade, revelando até mesmo uma alienação.

O trabalhador ao utilizar-se desta estratégia segundo Merlo, Traesel e Baierle (2011) nega seus próprios limites, e não atende às necessidades fisiológicas do seu funcionamento biológico, como podemos observar neste relato:

É como se fosse dado uma ordem para o corpo, tu pode sentir, vai aguentando. Eu estava doente e estava trabalhando e trabalhei assim por muito tempo e não sentia ou não ouvia o que o meu corpo dizia (TRAESSEL; MERLO, 2009, p.107).

Esta fala reflete o que Merlo, Traesel e Baierle (2011, p.99) com base em Beck (2001) chamam de “lógica contemporânea de desumanização e pressão avassaladora”, que insere os hospitais da atualidade, nesta maquinização do trabalho e nos relacionamentos supérfluos, alimentados pelo sistema de produção e consumo, que não respeita os limites do trabalhador e o envolve neste processo.

Pode-se inferir que esta lógica de “imunizar-se” e “anestesiarse” contra a dor proporcionada pelo labor, demonstra ser uma estratégia coletiva, já que o que se observa no cotidiano são trabalhadores que de uma forma consensual, executam suas atividades sem contestar ou reclamar.

Neste contexto, também se observou que o trabalhador no intuito de se dedicar ao seu trabalho naturaliza sua dor e para se proteger pode apresentar um sentimento de frieza durante as atividades no trabalho, se evidenciando a estratégia denominada **“despersonalização do cuidado”**. Este comportamento foi evidenciado nos estudos de Pagliari et al. (2008), Traesel e Merlo (2009) e Dal Pai, Lautert e Krug (2011).

De acordo com Dal Pai, Lautert e Krug (2011) nesta tática o trabalhador age friamente em sua atividade como se não se importasse com o que o paciente está sentindo, como se estivesse com uma carapuça, protegendo-se dos sentimentos que o aproximam dos sentimentos humanos. Na fala de uma entrevistada do estudo de Traesel e Merlo (2009) podemos perceber esta estratégia: “a gente fica frio [...] a maioria dos meus colegas são assim, a gente não lamenta, não vai triste para casa [...] a gente não se envolve muito [...]” (TRAESEL; MERLO, 2009, p.107).

Neste mesmo sentido, Pagliari et al. (2008) relataram que as entrevistadas referiram o sentimento de se sentirem “frias por dentro”, evidenciando um conflito entre valorizar a técnica em detrimento ao aspecto afetivo. Este conflito pode ser observado no relato: “Mas tem áreas que a gente não consegue isso [...] com adolescente e criança eu não consigo ser assim [...] será que a gente tem que virar uma pedra?” (TRAESEL; MERLO, 2009, p.107).

Assim, a partir deste relato pode-se observar que, embora o trabalhador utilize esta estratégia, ele não consegue bloquear por completo seus sentimentos em relação à dor do outro, como evidenciado nesta fala: “No início me escondia para chorar [...] depois não chorava mais, esfriei por dentro [...], mas acho que posso pegar uma mão, dar carinho e isso é importante para o paciente e também para mim [...] pena que tem tão pouco tempo para isso”. (TRAESEL; MERLO, 2009, p.107).

Estas falas evidenciam que os trabalhadores se veem imersos nas exigências de uma humanização controlada e sem envolvimento, demonstrando estarem psiquicamente fragilizados necessitando também de cuidados, porque ao se protegerem e se esconderem atrás de uma atitude de frieza mediante a dor do outro, eles não tem como buscar ajuda, porque é como se trabalhassem fossem como máquinas, para as quais é ordenado não sentir emoção.

Souza e Lisboa (2002) mencionam que, em seu estudo, as enfermeiras se referem aos pacientes pelo número do leito e pela patologia, e não pelo seu nome, refletindo a despersonalização pelo mesmo, demonstrando o distanciamento afetivo. Também evidenciaram que, as regras impostas pelos hospitais quanto a horário de banhos e visitas são formas de despersonalizar e negar a individualidade do paciente, demonstrando a fragmentação do cuidado.

Barros e Mendes (2003, p.67) contribuem para esta assertiva ao esclarecerem que também observaram uma organização do trabalho nos moldes “Taylor-fordista” marcada pela fragmentação e padronização das tarefas, controle dos ritmos e tempos de

trabalho, pressões e sobrecarga”. São estes elementos que potencializam o sofrimento do trabalhador no labor. Para Merlo et al. (2005) com base em Dejours (1992), quanto mais rígida é a organização do trabalho, mais divididas são as tarefas, e menor conteúdo significativo elas tem, aumentando assim, o sofrimento psíquico para estes profissionais.

Assim pode-se inferir que esta estratégia poderia também representar uma forma de **negar o sofrimento**, transcendendo o aspecto afetivo, uma vez que, os indivíduos buscam “imunizar-se” em relação à dor do outro, e não há emoção. Em contrapartida, quando o trabalhador nega o sofrimento, ele não necessariamente se “sente frio ou como uma pedra”, ele ignora o que faz sofrer, não pensa sobre o assunto. Assim, embora os autores refiram ser uma estratégia coletiva, não é o grupo que se mantém frio, e nem o grupo que elabora esta estratégia para cuidar dos pacientes. No entanto, observa-se que o coletivo se comporta desta maneira.

Neste contexto, no intuito de se dedicar ao seu trabalho para cumprir o trabalho prescrito, o trabalhador também pode se deparar com atividades cuja execução deseja evitar porque remetem ao sofrimento. Com isso, observa-se que os mesmos elaboram outro tipo de estratégia para se defender, **“desempenho de atividades tecnicistas”**. Neste tipo de comportamento identificado no estudo de Mendes e Linhares (1996) e Souza (2003), há a predileção de alguns trabalhadores pelo desempenho de atividades técnicas, em detrimento aos cuidados dos pacientes.

Neste sentido, o trabalhador se dedica às atividades tecnicistas para não se envolver no cuidado direto ao paciente, como uma forma de se proteger do sofrimento que este contato lhe proporciona. Mendes e Linhares (1996) destacaram em seu estudo que, os enfermeiros sentem mais satisfação ao aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, no atendimento dos pacientes críticos, onde preferem atender os casos mais graves para evitar a relação psicoemocional que o contato proporciona, como pode ser observado nesta fala:

Gosto de aprender [...] gosto mesmo é de me inteirar no todo, conhecer todos os pacientes, contribuir nesse sentido. Por exemplo, os pacientes que não estão se alimentando bem, eu converso com a nutricionista uma dieta que seja mais do seu agrado. Isso eu gosto de fazer. Deve ser terrível você numa cama e não estar confortável, e isso eu procuro propiciar e gosto disso. (MENDES; LINHARES, 1996, p. 276).

Quando o paciente da coronária complica, aí é bom trabalhar. Se o paciente enfartado não faz uma arritmia, aí não tem graça. A coronária é sem graça, mesmo os adultos quando está tranquilo é um saco. Eu gosto de trabalhar em tumulto, tipo pronto-socorro, onde não se fala baixinho. (MENDES; LINHARES, 1996, p. 276).

Esta forma de sentir prazer destacada pelos entrevistados, pode estar atrelada à predileção dos trabalhadores em aprender, e vem ao encontro da reflexão de Birman (2000) sobre a preocupação dos indivíduos, nos dias de hoje, em relação a si mesmos, aos seus desejos e sua individualidade, vivenciando uma sociedade que tem se preocupado menos com o outro, minimizando sua responsabilizado para com o próximo.

Nesta mesma ótica, Azevedo (2013) assevera que o indivíduo pode ter limitações para estabelecer relações sociais, já que busca muito mais a reafirmação de seu vigor e sua força, do que relações de reciprocidade. Assim, percebe-se que os trabalhadores estão muito mais preocupados em atender aos seus anseios de executar atividades que lhes tragam prazer, se afastando do paciente porque de alguma forma este contato lhe traz sofrimento. No estudo de Mendes e Linhares (1996), esta preferência por trabalhar com o que lhe dá prazer pode ser observado nesta fala: “Eu não gosto de trabalhar com paciente ‘podre’, eu gosto de trabalhar com paciente científico, observar traçados do eletro” (MENDES; LINHARES, 1996, p.277).

Ao se referir ao paciente desta forma depreciativa, observa-se neste tipo de estratégia a negação da natureza humana, demonstrando tanto impessoalidade na relação cuidador-paciente quanto valorização da cientificidade da profissão. Com relação a esta impessoalidade e valorização das atividades técnicas, Azevedo (2013, p.55) esclarece que “entre as formas de subjetivação da atividade, estão a negação do sofrimento e a busca irreparável da felicidade. O sujeito nega tanto a sua dor quanto a do outro, na interação com o seu sofrimento”.

No estudo de Souza e Lisboa (2002) as autoras referiram que, na tentativa de não tomar decisões frente à ansiedade que esta problemática suscita, os trabalhadores cumprem normas, rotinas e tarefas rigidamente, de forma padronizada e fundamentada. Assim, minimizam sua responsabilidade na escolha por uma decisão, e fortalecem a impessoalidade no contato com o paciente.

Fonseca (2013), também contribui para a discussão acerca da influência do trabalho sobre a subjetividade dos trabalhadores, esclarecendo que o mundo do trabalho pode se tornar fonte de angústia. Não conseguindo contemplar o trabalho prescrito, o indivíduo constrói modos de agir e se defender contra o sofrimento psíquico, culminando em modos de exercer ou atitudes que podem protegê-lo do adoecimento, como construir mecanismos de endurecimento e desumanização.

Assim, não conseguindo atender ao trabalho que é prescrito, muitas vezes, o trabalhador se defende calando o seu sofrimento, por acreditar que desta maneira se protegem das punições ou represálias de seus superiores, identificando-se outra estratégia intitulada “**silêncio da equipe**”. Esta tática foi identificada nos estudos de Souza (2003) e Sznclwar e Uchida (2004).

Este silêncio pode ser visto como uma estratégia vinculada a diferentes situações. No estudo de Souza (2003), o silêncio se manifesta como uma estratégia para se proteger dos “castigos” da hierarquia superior, enquanto no estudo de Sznclwar e Uchida (2004) as auxiliares de enfermagem se calam sobre a descompensação psíquica de trabalhadores que adoecem devido à sobrecarga de trabalho.

Dejours e Jayet (2009, p.90) também contribuem para o entendimento desta estratégia, ao referir que ela funciona como uma “individualização máxima do sofrimento”, o que significa que as estratégias coletivas de defesa não estão sendo eficazes.

Esta atitude de se silenciar pode ser justificada pela prudência, medo e vergonha, dos trabalhadores de se confrontarem com a organização do trabalho. No entanto, ao se calarem não significa que compactuem das ideias, normas, regras e concepções da instituição em que atuam. Muitas vezes, os trabalhadores optam por se calarem para não exporem suas ideias, no intuito de se poupar de retaliações no ambiente de trabalho. O ato de expor o que pensam poderia tanto interferir na sua rotina de trabalho, quanto trazer consequências negativas que interfeririam tanto na sua rotina familiar ou outro vínculo empregatício e estudo. Estas represálias podem ser evidenciadas nesta fala:

Eu fui numa reunião em que as pessoas não se manifestavam, eu me manifestei e por eu ter me manifestado eu fui castigado. Então isso é que para mim é pior: você ser obrigado a ser passivo, a ser omissivo, você se calar. Aí eu percebi que as pessoas, é uma necessidade de sobrevivência das pessoas, precisam ficar caladas, até mantendo o interesse pessoal delas. Eu até compreendo, só que para mim não faz minha cabeça. (SOUZA, 2003, p.289).

Como podemos reparar, o medo leva muitos trabalhadores a não se envolverem em questões políticas institucionais, adotando atitudes de omissão e passividade, o que embota sua reflexão crítica. Quanto a esta omissão, Dejours (2007) refere que estamos presenciando “novas formas de sofrimento inquietantes”, em que os trabalhadores vem resistindo às pressões e ao ritmo de trabalho sem reclamar – mesmo sofrendo fisicamente e moralmente, sem se importar. Segundo o mesmo autor, (ibid., p.48), os trabalhadores estão sendo “consumidos, espoliados e sugados”, e paulatinamente,

trabalham sob ameaças veladas de demissão, substituição, permuta, e exercem suas atividades regidas pelo medo, o que traz como consequência, (ibid., p.51), “a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez”.

Desta forma, evidenciamos que o trabalhador como uma defesa própria, resiste ao sofrimento, fechando os seus olhos para não enxergar o sofrimento do outro, e os ouvidos para não ouvir, o que não impede que ele perceba os constrangimentos que sofre. Configura-se assim, uma nova forma de dominação pela manipulação, gerando comportamentos de obediência e submissão por parte dos trabalhadores onde o mesmo desliga-se do seu sofrimento e do sofrimento do outro (DEJOURS, 2007).

Sobre esta questão, Sznclwar e Uchida (2004, p.95) referem que há um elevado índice de absenteísmo entre os funcionários do seu estudo, mas que não se discute a respeito do assunto, ocorrendo um silêncio – “uma espécie de estratégia coletiva” segundo o autor, como se os afastamentos de ordem psiquiátrica fossem encobertos pelo “véu do silêncio”, onde não se fala sobre o afastamento dos colegas por adoecimento porque todos têm que estar em condição de desempenhar suas atividades.

Assim, estes trabalhadores não visualizam estas mudanças como um problema, e sim uma exigência de sua profissão, onde o individualismo transcende a solidariedade e cooperação entre eles. No entanto, este comportamento é compactuado pelo coletivo, que segundo os autores dos estudos, tem a anuência dos mesmos, e acaba levando ao isolamento e ao vazio de si mesmo, o que vem ao encontro do cenário contemporâneo que incentiva a solidão e o individualismo, conforme podemos evidenciar neste relato: “a gente tem que reconhecer a si mesmo.” (TRAESSEL; MERLO, 2009, p.106). Para Dejours (2007) esta realidade está associada às doenças da solidão, que minam a cooperação e rompem com o “tecido social” no labor.

Em contrapartida, frente as angústias vivenciadas pelo trabalhador no cotidiano de trabalho observou-se que muitos trabalhadores utilizam a cooperação entre a equipe como tática para se proteger do que lhes faz sofrer, elaborando a tática intitulada de **“relacionamento da equipe frente ao sofrimento”**. Este comportamento foi identificado nos estudos de: Silvino (2002), Souza (2003), Oliveira, Lisboa e Cruz (2007), Oliveira e Lisboa (2009), Martins e Robazzi (2012) e Catalan (2012).

Muitas vezes, é o bom relacionamento da equipe que permite ao trabalhador lidar com as adversidades no dia-a-dia do labor. O sentimento que é gerado pelo companheirismo, a cooperação existente entre eles e a ajuda que um oferece ao outro nos momentos difíceis, é o que também faz com que o trabalho seja visto como válido.

É nestes momentos voltados para a equipe, quais sejam através de reuniões, confraternizações, comemorações, passagem de plantão e etc., que se abre o espaço para que os trabalhadores verbalizem o que pensam, socializem e compartilhem o sofrimento, evidenciando que não são os únicos que sofrem no ambiente fatigante. Dejours (1992) contribui para ressaltar a relevância dos vínculos sociais nesta relação do trabalhador com o seu labor ao referir que os mesmos são os laços humanos que a organização cria com a hierarquia, chefias, supervisão e outros trabalhadores, podendo ser repugnantes e intoleráveis, e trazer efeitos na relação saúde-trabalho.

A partir disto, Silvino et al. (2010) concordam com esta assertiva ao identificarem em seu estudo, que os trabalhadores de enfermagem utilizam-se do suporte dado pelos colegas de trabalho, para vivenciar as situações do cotidiano no labor. Martins e Robazzi (2012) também asseveram que o bom relacionamento da equipe reforça os laços de amizade e alivia o estresse, conforme podemos apreender neste relato:

o que tem bastante na UTI é festinha, não deixamos nenhum aniversário passar despercebido, é feito uma festinha com bolo e refrigerante, unir a equipe, fortalecer os laços de relacionamento interpessoal, de amizade, companheirismo, é como nos conhecermos melhor. Fortalece o grupo e alivia as tensões do dia a dia. (MARTINS; ROBAZZI, 2012, p.42).

Como pode se observar, estes encontros promovem o relacionamento entre os membros da equipe, e reafirmam os laços de amizade e de confiança entre eles, auxiliando a amenizar os conflitos e favorecendo o diálogo. Com isso, serão estes momentos que possibilitarão a expressão do sofrimento. Assim, estes momentos de confraternização são necessários porque, segundo Dejours (2005), quando o trabalho não oportuniza espaço para que se expressem os sentimentos propiciados pelo labor, os trabalhadores irão aparentar instabilidade, com relações e interações superficiais. Martins e Robazzi (2012, p.42) esclarecem que é nestes espaços que se fala o que se pensa, criando ambiente favorável para que se busquem a “compreensão, afeição, harmonia, cooperação e fortalecimento da equipe” para que com isso o paciente seja beneficiado.

Deste modo, o relacionamento da equipe é essencial para as relações sociais, já que além de fortalecer os vínculos de afetividade, também estimula e propicia a comunicação, possibilitando a reflexão e o posicionamento crítico dos trabalhadores, desenvolvendo, assim, a criatividade e harmonização da equipe. Esta interação entre os membros da equipe permite que os mesmos compartilhem e desabafem os problemas,

ocorrendo a cooperação entre eles como uma estratégia para aumentar sua autonomia. Assim, não ocorre o risco de banalizarem o sofrimento, já que um ajuda ao outro a verbalizar o que sentem, fazendo com que se sintam bem (LOPES, 2009). Barros e Mendes (2003) contribuem para esta discussão, ao afirmar que as relações sociais minimizam o sofrimento destes trabalhadores, contribuindo para o equilíbrio psíquico dos mesmos.

Souza (2003) refere que a estratégia intitulada pela mesma de “sobrevivência ao sofrimento através da solidariedade” foi apreendida como uma tática de articulação das enfermeiras gerando cooperação, companheirismo e relação de ajuda entre elas, como revelado nestes relatos:

Às vezes, eu não me sinto mais solitária porque tenho a solidariedade dos colegas, porque eles vivenciam as mesmas situações, então a gente senta para conversar no almoço ou quando conversa pelo telefone. Essa solidariedade que existe dentro do grupo, porque é um grupo unido, aí a gente faz a nossa catarse ali – estamos no mesmo barco – essa questão da solidariedade faz com que a gente se sinta menos solitário. (SOUZA, 2003, p.277).

Eu acho que o que me motiva ainda é essa solidariedade entre nós. Eu acho que é esse espírito de equipe, de lutar juntos, de querer alcançar um objetivo final, que é assistir bem o doente. (SOUZA, 2003, p.277).

De acordo com a autora supracitada (ibid., p.278), esta estratégia protege a trabalhadora do sofrimento, mediante uma “organização do trabalho pouco racional, autoritária e fragmentada”, já que ameniza sua percepção da realidade devido a relação de ajuda e divisão das angústias entre elas. A este respeito, Rossi (2011, p.381) afirma que as profundas mudanças na organização do trabalho intensificaram o “esvaziamento, a fragmentação do conteúdo e o sentido do trabalho”. Para Souza (2003, p.278), neste tipo de estratégia se neutraliza a competitividade, ocasionando “forte identidade emocional” entre as trabalhadoras (SOUZA, 2003, p.278). Conforme pode ser ilustrado nesta fala:

Eu acho que a gente se gosta, se solidariza com a gente. Vamos supor, eu tenho um carinho pela Bianca, eu tenho um carinho pela Fabíola, eu tenho um carinho pela Margarete, e sei que vou vir trabalhar com pessoas que eu gosto. A gente vai discutir os problemas, a gente vai se ajudar e vai ter cumplicidade, ao ponto de chegar aqui e “eu estou precisando disso...me ajuda aqui...” Então eu acho que o clima que a gente tem hoje entre a gente é uma das coisas que estimula. Porque você tem parceiros para trocar ideias, não só do trabalho, mas da vida. É uma coisa boa. (SOUZA, 2003, p.277).

De acordo com Enriquez (1997) a organização do trabalho é sustentada pelos vínculos que se estabelecem entre os sujeitos, podendo impactar positiva ou negativamente na cooperação entre os indivíduos. E de acordo com Rossi (2011,p.383),

os trabalhadores não suportando as pressões sofridas pela organização do trabalho ressignificam o seu sofrimento, e transformam os efeitos de suas tensões em estratégias de defesa, para subverter o seu trabalho em fonte de “auto realização, prazer e saúde”.

Com isso, pode-se inferir que esta tática é uma construção essencialmente do coletivo de trabalho, onde cada um coopera e une esforços na tentativa de minimizar a percepção que o outro tem do sofrimento. E neste contexto de trabalho onde o coletivo ameniza a percepção do sofrimento, frente à precariedade de recursos materiais, se observou que este grupo de trabalhadores unidos e vivenciando péssimas condições de trabalho, elaboram a estratégia da **“improvisação dos recursos materiais”**. Esta tática foi identificada nos estudos de Silvino (2002), Oliveira (2009), Pagliari et al. (2008) e Sá (2009).

Esta conduta é consequência das péssimas condições de trabalho, caracterizadas pelo déficit e baixa qualidade dos recursos materiais, como uma tentativa de se cumprir o trabalho prescrito, funcionando como um ajuste que os trabalhadores fazem para dar continuidade à assistência. Dejours e Jayet (2009) entendem a improvisação como “quebra-galho”, no qual o trabalhador se utiliza deste mecanismo, como uma alternativa de regular e negociar o que está prescrito no seu trabalho. Sá (2009) traz em seu estudo, um relato que exemplifica esta prática de improvisar na falta de materiais adequados:

Falta de material. A gente não tem um carrinho de parada. Na realidade, eu improvisei um. Fiz um, mas não é o ideal. A gente não tem desfibrilador. Tem que pegar em outra enfermaria. Então, esse tipo de coisa é o que atrapalha e muito. É a falta de material adequado (SÁ, 2009, p. 67).

De acordo com Oliveira e Lisboa (2009, p.28) frente às “falhas técnicas dos aparelhos, à falta de manutenção e aos eletrodos que se desprendem dos pacientes”, os trabalhadores de enfermagem na tentativa de solucionar tais problemas improvisam como destacado neste relato:

Você faz os famosos gatilhos, adapta isso, adapta aquilo. Resolve de um jeito, tenta resolver. Mas se isso estiver ruim, as outras coisas não vão funcionar. Acho que isso deve ser levado em conta também (OLIVEIRA, LISBOA, 2009, p.28).

Com isso, os trabalhadores sofrem porque vivenciam o conflito de saberem que embora intervenham, não possuem poder decisório sobre a situação. De acordo com Oliveira e Lisboa (2009, p.28) “a prática do quebra-galho autoriza o trabalhador a adaptar intuitivamente a organização do trabalho às necessidades de seu organismo e aptidões fisiológicas e exige uma atividade intelectual e cognitiva”.

Contribuindo para estas considerações Lancman e Sznclwar (2011, p.393) referem que, o trabalhador para praticar o improvisado utiliza sua inteligência prática, que concede relevância aos efeitos de sua ação, preponderando o que elas chamam de “bricolagem, improvisado, trapaça, molecagem e astúcia”. Esta inteligência prática pode ser revelada nesta fala:

Ou às vezes até um canibalismo, que a gente faz. Adapta um circuito de um aparelho no outro. Pode acontecer do aparelho não ficar bem ajustado e aí ele alarma, alarma, alarma, alarma. Na hora que acontece de desconectar... Muitas vezes você pensa que ele está alarmando normalmente e não é! Realmente é uma coisa séria. É um mal necessário, é perigoso, mas a gente precisa dos alarmes (OLIVEIRA; LISBOA, 2009, p.28).

Embora não tenha sido identificada por Pagliari et al. (2008) como estratégia, a improvisação também se apresentou na fala de uma de suas entrevistadas: “É tudo no improvisado, tudo no improvisado [...] se você não aceitar improvisar, a criança fica sem medicamento, fica sem assistência.” (PAGLIARI et al., 2008, p.68). Dejours e Jayet (2009) comentam que esta inteligência astuciosa precisa da validação social passando pelo reconhecimento dos superiores e dos pares, da utilidade e originalidade desta inovação técnica, e que para sua utilização é necessária a defasagem entre o que está prescrito e o trabalho real.

Ainda na esteira da precariedade das condições de trabalho, como condição indispensável para a prática dos “quebra-galhos”, mesmo não tendo sido destacada como estratégia de seu estudo, Sznclwar e Uchida (2004, p.94) confirmam que, em seu estudo, os trabalhadores criticaram a qualidade e quantidade de materiais e a falta de manutenção dos equipamentos, onde o hospital não oferecia condições para que os mesmos desempenhassem suas funções dentro do padrão esperado. Com isso, os mesmos referiram que “sentem-se cansados e frequentemente acham que trabalham no limite de sua capacidade física e emocional”.

Mendes, Merlo, Morrone e Facas (2011) concordam com esta narrativa, e referem a indisponibilidade de recursos materiais e humanos como fator-determinante na vivência de sofrimento. Dejours e Jayet (2009) corroboram esta reflexão, ao mencionar que quando o trabalhador se depara com a falta de materiais necessários para a execução de suas atividades, faz uso da improvisação, para que possa dar conta do trabalho prescrito.

Desta forma, quando o trabalhador se vê nesta arena de escassez de recurso para o desempenho do seu trabalho, mas ao mesmo tempo lhe são impostas as cobranças para que o trabalho prescrito seja realizado, utiliza como recurso para a concretização a

sua inteligência. Bendassolli e Soboll (2011) concordam com esta assertiva e aludem que os indivíduos no real do seu trabalho, para conseguirem concretizar suas atividades, precisam mobilizar sua inteligência prática. Neste sentido, Pagliari e col. (2008) observam que, quando o trabalhador improvisa, ele vai além do que aprende, utilizando a criatividade para que consiga desenvolver a assistência, sendo uma fonte de prazer.

Assim, o que se pode inferir é que esta estratégia para que seja construída precisa do coletivo de trabalhadores, já que necessita da cooperação, e pactuação de todos. Silvino (2002, p.72) contribui para este pensamento, e destaca em sua tese que o trabalhador para conseguir executar o seu trabalho necessita materializar os macetes na prática do quebra-galhos, onde a existência da coesão das equipes favorece as “comunicações da equipe e a transparência dos modos operatórios e das condutas no trabalho”, que pode ser evidenciada nestes relatos:

...quando eu consigo observar uma coisa que eu possa improvisar e dar certo e possa passar isso para o funcionário, e eles aceitam esse tipo de improvisação...(SILVINO, 2002, p.72).

...Tenho certeza que não é o ideal, mas se você pode improvisar para não deixar o paciente sem uma assistência, sem um cuidado, então é válido. (SILVINO, 2002, p.73).

Conforme Mendes e Morrone (2011) referem, a utilização da inteligência prática não é só uma forma de atenuar o sofrimento e uma tentativa de cumprir com o trabalho prescrito, mas uma forma de transformar este sofrimento em prazer.

Oliveira (2004) contribui para o tema acima delineado ao mencionar que as inadequações da organização prescrita frente às questões objetivas do trabalho dão liberdade ao trabalhador, para que, mediante a indisponibilidade de recursos materiais, intervenha efetivamente em sua realidade, através da prática de “quebra-galhos”. Trata-se, neste sentido, de improvisações, que podem proporcionar riscos não só para ele, mas para o paciente e equipe. De acordo com Silvino (2002, p.73), com esta prática, os trabalhadores “materializam a inventividade, a imaginação e a criatividade”, atuando com sua inteligência astuciosa, como observado neste relato:

...Se tenho que controlar a diurese do cliente e não tem o recipiente adequado, quebra-galho com algum frasco; não tem esparadrapo, uso fita adesiva; não tem pomada para o curativo, uso soro morno; não tem o remédio, corro atrás dos representantes de laboratório; não tem roupa para o doente, cerco a família para que eles tragam; e assim vai (SILVINO, 2002, p.74).

Assim, observa-se que para a prática do quebra-galhos torna-se necessário decompor o modo operatório da tarefa prescrita, e recompô-la com outros materiais (SILVINO, 2002). Com isso, neste cenário de contrariedades e inadequações, o trabalhador se vê obrigado a se colocar em perigo para atender o que está prescrito. Conforme Dejours e Jayet (2009, p.98) referenciam, o trabalhador acaba se colocando “mais ou menos na ilegalidade, fraude ou prática de quebra-galhos frente às regras, regulamentos, regulamentações e consignas, para executar o seu trabalho”.

A prática do “quebra-galho” leva o trabalhador a se deparar também com questões éticas, já que além desta prática não poder fazer parte da prescrição do enfermeiro, pode colocar em risco a segurança dos pacientes e do próprio trabalhador, uma vez que infringe as “regras, regulamentações e regulamentos”. Nesta prática, o trabalhador se vê obrigado a realizar o improviso, para não ser excluído do grupo, e assim, ver o bom andamento do trabalho. Um costume que é consensuado pelo grupo e que, para ser realizado, demanda a coesão de todo o grupo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2009, p.98).

Outro aspecto observado em alguns estudos é a tentativa de se afastar, mesmo que por um breve período, do ambiente causador de sofrimento, revelando outra estratégia, intitulada “**ausências e fugas do local de trabalho**”. Este comportamento foi identificado nos estudos de Santos (1996), Souza (2003) e Sznelwar e Uchida (2004).

Esta tática é caracterizada pelo afastamento do posto de trabalho por um período de tempo. A respeito destas ausências, existem diversas formas de se ausentar ou fugir do trabalho, como podemos destacar: se dirigir ao estar da enfermagem para descansar; fazer a refeição fora do local de trabalho; visitar outras unidades para encontrar colegas de trabalho, trocas de plantão, licenças e folgas. Santos (1996) relatou que as folgas e as licenças são fontes de prazer para os trabalhadores que funcionam como uma estratégia para suportar os riscos e as inadequações do ambiente de trabalho.

Com estas atitudes, o trabalhador visa minimizar as situações geradoras de sofrimento, em um ambiente onde lidam tanto com relações conflituosas e problemáticas com os pares, quanto com a dor dos pacientes, morte e sofrimento dos familiares, minimizando os efeitos sobre sua subjetividade. Quanto a estas pausas no trabalho, Souza (2003) observa que servem para eufemizar o sofrimento que sufoca as trabalhadoras no labor, que é carregado de relações interpessoais conflituosas, pressionadas pelas atribuições e intenso ritmo de trabalho. Segundo a autora

supracitada, as enfermeiras utilizam as pausas, como uma tática para diminuir os efeitos da organização do trabalho no seu aparelho psíquico.

Nos estudos desta revisão, observa-se que quando o trabalhador foge do seu trabalho ou se ausenta por um tempo, não o faz com o intuito de prevaricação, mas para tentar dar fôlego à jornada de trabalho, por vezes extremamente fatigante. O ato de se ausentar do trabalho tem o consentimento do grupo. No estudo de Oliveira e Lisboa (2009) existe um espaço no qual a equipe realiza as refeições e conseguem este momentâneo afastamento do ruído do ambiente de trabalho, onde o grupo se reveza no período em que há diminuição do ritmo de trabalho, o que alivia a tensão ocasionada pelo estado de permanente atenção, como observado neste relato:

Agora a gente observa, lidando com várias equipes, com várias pessoas com as quais a gente acaba trabalhando no decorrer de vários anos, que as pessoas, elas muitas vezes precisam de uma saída, de respirar, vamos dizer assim. Elas saem, nem que seja para fumar um cigarro, dar uma relaxada (OLIVEIRA; LISBOA, 2009, p29).

Ademais, estas pausas aliviam a tensão, levando os trabalhadores a partilhar as responsabilidades e as suas necessidades, podendo assim ter um sentimento de autonomia já que gerenciam o seu próprio trabalho. Lopes (2009) corrobora esta assertiva ao referir que as pausas beneficiam o processo de trabalho e a economia psicossomática dos trabalhadores, gerando satisfação e motivação no trabalho, já que o alívio da carga psicossensorial mantém o equilíbrio decorrente das pressões do trabalho.

Esta estratégia é utilizada pelos trabalhadores do estudo de Oliveira (2004) como forma de aliviar a tensão, acarretada pelo estado de alerta permanente, acordado de forma grupal, como pode ser ilustrado nos relatos dos entrevistados a seguir:

Como plantonista, eu fazia questão de ir pegar um material na farmácia. Essa é a minha fuga pra sair daqui, pra ver o mundo exterior do hospital, o hospital em si. (OLIVEIRA, 2004, p.159).

Vou lá para fora um pouquinho. Não quero contato com muito barulho! Muito barulho mesmo. Hoje mesmo eu comentei isso com as meninas. (OLIVEIRA, 2004, p.159).

O CTI... aquilo ali, você tem que dar um tempo, sair um pouquinho, conversar, beber uma água, trocar uns plantões, sair um pouquinho daquele ambiente pra tentar ter resistência (OLIVEIRA, 2004, p.159).

Pode-se perceber que a fuga também pode denunciar que este labor é um local estressante, desgastante e desconfortável. Para Oliveira (2004), frente à carga de trabalho, o trabalhador se ausenta do local de trabalho para que possa se refazer, na tentativa de não extrapolar o limite de sua tolerância, não significando que o mesmo queira evitar o trabalho, e sim o significado que o trabalhador atribui a ele.

Por ser uma estratégia cuja elaboração necessita ser consensuada pelo grupo, a coesão do grupo é imprescindível, o que implica que haja cooperação entre o coletivo de trabalhadores. E é neste cenário de trabalho compactuado pelo coletivo que ocorrem os momentos de descontração e humor do grupo, evidenciando outra estratégia intitulada “**descontração e humor frente ao sofrimento**”. Este comportamento foi identificado nos estudos de: Souza (2003), Oliveira e Lisboa (2009), Dal Pai, Lautert e Krug (2011) e Catalan (2012).

No estudo de Oliveira e Lisboa (2009) os autores afirmam que os trabalhadores elaboram esta estratégia de descontração através de brincadeiras e conversas durante a realização das atividades e as pausas, como ilustrado neste relato:

Os próprios colegas se alegram com os outros e aumentam o barulho. Um local que precisa de tranquilidade, e, às vezes, nós mesmos não colaborávamos com isso, porque a gente já estava estressada e falava alto sem perceber (OLIVEIRA; SOUZA, 2009, p.28).

Mas eu acho que as conversas, as brincadeiras pra essas pessoas que falavam alto no setor, eu acho que é uma maneira que elas têm pra poder suportar aquelas doze horas ali no setor fechado, com aquela tensão toda, acho que é uma maneira de elas suportarem aquilo ali (OLIVEIRA; SOUZA, 2009, p.28).

O trabalhador utiliza-se do espaço de liberdade para aliviar a tensão advinda da pressão do labor, em busca do seu equilíbrio e bem-estar (DEJOURS, 1993 apud OLIVEIRA; LISBOA, 2009). Souza contribui para esta assertiva ao referir que, em seu estudo, as enfermeiras para aliviar a tensão do contexto laboral comportavam-se através de táticas de brincadeiras e de descontração, conforme evidenciado neste relato:

Eu sinto que quando eu estou, a coisa fica menos pesada, porque eu brinco muito, converso. Essa é a estratégia que você vai tentando. É o humor, o bom humor sempre. Quando eles chegam muito estressados, eu brinco e falo, aí vai aliviando um pouco a tensão e isso vai melhorando. (SOUZA, 2003, p.286).

De acordo com Dal Pai, Lautert e Krug (2011), para se defender das situações danosas, os profissionais optam por estratégias de enfrentamento como o humor nas atividades laborativas. Catalan (2012, p.72) também observou em seu estudo que dentre as formas de enfrentamento, o humor “como forma de elaboração do sofrimento frente às adversidades do ambiente laboral conferindo maior flexibilidade na relação que os profissionais da unidade têm com o sofrimento no trabalho”.

Magnus (2009) apud Catalan (2012) refere que o humor neutraliza a ansiedade proporcionada pelas situações constrangedoras do trabalho, conforme pode ser

observado neste relato: “[...] eu brinco e me dou bem com o quadro, temos um quadro muito bom aqui, todos se respeitam e eu sou muito piadista, eles riem muito comigo” (CATALAN, 2012, p.73).

No estudo de Mendes e Linhares (1996) embora não tenham apontado como estratégia de defesa, os autores destacam um relato que visando o distanciamento do contato do trabalhador com o paciente, evidencia uma tática utilizada pelo trabalhador que é cantar, durante a execução de atividades que lhe causam repulsa como revelado nesta fala: “Uma vez eu cantei e o paciente disse: ‘isto é música para a alma’ [...]” (MENDES; LINHARES, 1996, p. 272).

No estudo de Dal Pai e Lautert (2009, p.63), os autores evidenciaram que nos momentos de tensão mediante à morte iminente e à demanda excessiva de trabalho, os trabalhadores utilizam manobras para aliviar a tensão frente à proximidade do fracasso, usando comentários humorados para desconstrair a todos, através de risos e piadas como recurso contra o sofrimento.

Assim, se infere que estas estratégias embora possam ser utilizadas individualmente são compactuadas pelo coletivo de trabalhadores como defesas importantes às situações conflituosas no cotidiano de trabalho, onde também se observou que para amenizar o sofrimento o trabalhador elabora a estratégia intitulada de **“busca pela religiosidade frente ao sofrimento”**. Este comportamento foi observado no estudo de Martins e Robazzi (2012).

Esta tática é utilizada tanto individualmente quanto coletivamente nos momentos de tensão ou mesmo de compaixão pelo estado agravado dos pacientes. A busca por práticas religiosas funciona como uma força que oferece suporte para que os indivíduos se mantenham firmes no desempenho de suas atividades e suporte o que os está afligindo. No estudo de Silvino et al. (2010) os autores mostraram que os trabalhadores apoiavam na prática religiosa através de orações individuais e coletivas, buscando na fé, a força para continuar a executar as tarefas de cuidado aos pacientes em estado crítico e em iminência de morte.

Desta forma, o que se pode perceber é que mediante as dificuldades que geram sofrimento, os trabalhadores apoiam-se na crença, fé e oração, tanto individualmente quanto coletivamente, para buscar forças para dar continuidade às tarefas, conforme pode ser evidenciado neste relato: “às vezes quando o plantão está muito tumultuado a equipe toda está sofrendo, a equipe todinha faz uma oração, pedindo a Deus para nos

dar condições, para poder cuidar daquela pessoa que está ali.” (MARTINS; ROBAZZI, 2012, p.41).

Neste sentido, Shimizu e Ciampone (2004) também encontraram em sua pesquisa, a busca dos trabalhadores pela religião para confortar o sofrimento, que funcionava como uma “válvula de escape” para superar as situações de conflito e vencer as experiências dolorosas. Para Shimizu (2007), a religião funciona como uma resposta na busca por explicação ao sentido da nossa existência mediante a morte.

E nesta busca para encontrar respostas para o seu sofrimento, o trabalhador também utiliza a estratégia intitulada de **“racionalização frente ao sofrimento”**. Esta tática foi observada no estudo de Monteiro et al. (2013) como uma forma de amenizar a angústia, o medo e a insegurança. De acordo com Lopes (2009) a racionalização é utilizada quando o trabalhador tenta dar uma explicação aceitável para a situação que o faz sofrer, não agindo sobre ela, mantendo esta situação inalterada. Barros e Mendes (2003, p.67) asseveram que, através do mecanismo de racionalização, o trabalhador utiliza-se de “atitudes e comportamentos como explicações lógicas, brincadeiras e necessidades de sobrevivência”.

Mendes e Abrahão (1996) reiteram que a racionalização é gerada pelo sentimento de impotência mediante as imposições desta organização do trabalho que leva à resignação e imobilização do trabalhador. Ferreira e Mendes (2003) observam que esta tática pode se manifestar através de comportamentos de apatia, indiferença, resignação, passividade, conformidade e controle sobre pessoas. E Mendes (1996) apud Barros e Mendes (2003, p.66) contribui para esta discussão ao referir que “a racionalização é utilizada diante da frustração para explicar de forma lógica os motivos que causam sofrimento [...]”. Este aspecto pode ser observado nesta fala: “Quando acordo de manhã, fico pensando que, se o plantão não for bom a culpa não é minha” (MONTEIRO et al., 2013, p.375).

Ao discutir sobre a racionalização, Dejours (2007) refere que ela oferece uma justificativa geral do seu princípio, mas é velada por uma mentira distorcida, onde muitas vezes uma situação pode ser um “mal necessário inevitável”. De acordo com Barros e Mendes (2003), a sua utilização demonstra a dificuldade da categoria em se mobilizar para modificar o cenário em que se encontra, através de desculpas referentes à impossibilidade de fazer alguma coisa ou lutar contra o sistema. De acordo com Laplanche e Pontalis (1982, p.82) a racionalização é um “mecanismo no qual se atribuem explicações coerentes do ponto de vista lógico, ou aceitáveis do ponto de vista

moral, para uma atitude, ação, ideia ou um sentimento”, como evidenciado nesta fala: “quando perdemos um paciente, a gente acaba bloqueando e segue em frente, porque isso é uma coisa normal”. (MONTEIRO et al., 2013, p.375).

Em contrapartida, quando o trabalhador frente ao sofrimento não consegue oferecer explicações coerentes para as dificuldades, se observa outra atitude intitulada de “**reclamação da equipe**”. De acordo com Dejours (2007), os trabalhadores utilizam a reclamação como uma possibilidade de evocar o sofrimento e a doença. Esta tática foi identificada por Catalan (2012), como uma estratégia utilizada pelo coletivo, caracterizada por queixas do trabalho realizado pelo plantão anterior. Neste caso, os trabalhadores reafirmam que o seu plantão funciona de maneira mais adequada, o que tanto pode fortalecer a equipe, quanto pode ser utilizada para negar o sofrimento.

Desta forma, o trabalhador se sente fortalecido para o enfrentamento das adversidades de uma organização do trabalho desestruturante, que oferece um contexto de trabalho desorganizado e precário. Essa assertiva pode ser evidenciada nesta fala, quando o grupo cita a descontinuidade do trabalho anterior, exaltando as qualidades do seu grupo: o nosso grupo [...] à noite é uma maravilha, a gente trabalha unido, no meu turno eu acho que a coisa funciona muito bem porque assim nós temos uma equipe muito parceira (CATALAN, 2012, p.51). Podemos observar que o entrevistado enaltece a sua equipe de trabalho, com a construção de uma imagem positiva do seu grupo de trabalho.

Assim, os trabalhadores ao reclamarem podem estar negando o seu sofrimento, e segundo Hallack e Silva (2005) apud Catalan (2012) podem estar desviando o foco do real motivo do sofrimento que é gerado pela organização do trabalho. E para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009), esta estratégia de reclamar é analisada como uma forma do coletivo “denunciar os grupos”, se apoiando na acusação com uma forma de agredir o que o incomoda.

Neste sentido, para ser construída esta estratégia precisa do consenso da equipe, uma vez que a reclamação denuncia o grupo de trabalho anterior ao seu, o que não conseguiria perdurar se não tivesse a pactuação do grupo. E assim, atrelada a esta tática de reclamar da equipe anterior também se observa outra estratégia identificada nos estudos, intitulada de “**a idealização de si e da equipe**”. Esta estratégia foi identificada no estudo de Catalan (2012).

De acordo com a autora supracitada, a “idealização” foi utilizada pelos trabalhadores do seu estudo, ao atribuírem para si e para a equipe aspectos positivos,

que segundo a mesma, à luz da teoria psicanalítica, é uma defesa neurótica, na qual estes trabalhadores elaboram uma “imagem positiva” de sua prática, conforme podemos observar nesta fala:

A nossa equipe é boa [...] já trabalhei em outras equipes, outros setores, a equipe é boa, algumas coisinhas surgem, alguns conflitos aqui outro ali e a gente tenta resolver, procura resolver, todo mundo se empenha para resolver para que tenha uma harmonia, para que o trabalho flua bem [...] o chefe também é bem legal [...] um bom chefe [...] tenta sempre mediar os conflitos e as novas situações que surgem (CATALAN, 2012, p.72).

Ao atribuir características positivas para sua equipe e para si, o trabalhador não atribui características positivas para os trabalhadores das outras equipes, reconhecendo a relevância do trabalho em equipe apenas do grupo no qual está inserido.

Cabe ressaltar, que esta estratégia, que remete à estratégia da reclamação, na qual os trabalhadores atribuem aspectos negativos à equipe anterior. Neste caso, ao reclamar, os trabalhadores acabam idealizando a sua equipe como a melhor, onde neste caso, esta tática também precisa do coletivo para ser construída.

Neste contexto, a equipe que tanto reclama quando idealiza sua própria equipe como a melhor na execução do trabalho, também pode estar acostumada com os ritmos intensos de trabalho, e quando o seu labor apresenta períodos de ociosidade e trabalho entediante, foi evidenciado no estudo de Souza (2003), a estratégia intitulada de “**uso do tempo no trabalho**”. Segundo esta mesma autora, em sua observação, as enfermeiras procuravam ocupar seu tempo com outras demandas que não estavam prescritas, visando distanciar a sensação de inutilidade, conforme pode ser ilustrado na fala a seguir:

Quando eu começo com essa sensação de monotonia, eu começo a sair por aí fazendo coisas, a cavoucar coisas, a procurar, abrir as coisas, vou na manutenção e volto, aí eu olho aqui, faço um plano ali. Fico buscando coisas para fazer, para eu me sentir satisfeita ou menos insatisfeita e começo a correr atrás para não ficar para baixo. (SOUZA, 2003, p.283).

Esta estratégia foi observada pela autora como uma tática construída pelo coletivo de enfermeiras, demonstrando que o trabalhador já se mostra adaptado à repetitividade, fragmentação e mecanização de suas atividades, buscando ocupação do seu tempo como uma forma de atenuar o que lhe faz sofrer.

Outra estratégia relacionada ao uso do tempo se dá em uma situação oposta, qual seja, a de ritmo de trabalho intenso. De acordo com Fernandes et al. (2002), mediante

este tipo de contexto de trabalho, para amenizar o sofrimento que o labor proporciona, os trabalhadores intensificam o ritmo do seu trabalho, para que desta forma, o tempo passe mais rápido e consigam realizar as demandas. Trata-se da “**intensificação do ritmo de trabalho**”. Para Martins (2011), quando se aumenta o ritmo de trabalho, se constrói uma defesa contra a angústia, de não ser capaz de atender as prescrições ou limitações que são impostas, e do sofrimento que pode advir dos constrangimentos e humilhações, além do medo do desemprego, da exclusão do grupo e agressividade. Nesta fala podemos observar esta angústia que o tempo proporciona aos trabalhadores:

Fico o dia todo com a mente, os braços e as pernas ocupadas; quando termino o meu plantão, minha cabeça não comanda mais o meu corpo que só pede cama; mas, procuro vencer o cansaço, pois tenho a outra jornada de trabalho como mãe, esposa e dona de casa (FERNANDES et al., 2002, p. 202).

Pode-se observar que ao intensificar o ritmo de trabalho, o trabalhador auto-acelera suas atividades, interferindo nas relações sociais e no funcionamento psíquico (MARTINS, 2011). Esta influência da auto aceleração no aparelho psíquico ocorre porque “o organismo do trabalhador não é um motor humano”, o indivíduo não pode ser visto como uma máquina, já que ele é dotado de desejos, motivações e necessidades (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 2009; p.24).

Portanto, quando o trabalhador intensifica suas ações ao executar suas tarefas, ele aumenta seu desempenho psicomotor, e pode não encontrar vias de descarga desta energia psíquica, que se acumula, se tornando fonte de desprazer. Embora não tenha sido identificada como estratégia por Oliveira (2004), o autor refere que os profissionais em seu estudo, aceleram o ritmo de trabalho, para terminarem logo suas atividades, e se afastarem do excesso de ruídos, o que culmina em movimentos rápidos, como evidenciado nesta fala:

Talvez você esteja tão irritado com a situação, você está tão estressado, que você quer fazer aquilo da forma o mais rápido possível, para que você se livre um pouco do barulho [...] (OLIVEIRA, 2004, p.152).

Assim, podemos inferir que embora seja uma estratégia elaborada pelo coletivo de enfermeiras, esta tática não parece ser executada pelo grupo no cotidiano de trabalho, tem um aspecto individual implícito neste comportamento.

Em contrapartida, Souza (2003) também evidenciou em seu estudo outro tipo de comportamento pelas enfermeiras, que denominou como “**o ativismo no trabalho**”. Esta estratégia se refere à tática coletiva das enfermeiras de seu estudo, de chegarem ao local de trabalho antes do horário, ou irem para casa depois do termino do horário da

jornada. As mesmas também tinham disposição para auxiliar em qualquer momento, sempre com propostas inovadoras e criadoras, crédulas da missão hospitalar e esperançosas de uma “nova enfermagem” conforme podemos observar no relato a seguir:

Porque se fosse só as mil maravilhas, a gente nem buscava, porque o que é interessante para a gente, é a busca, a busca do melhor, a busca de atender melhor, a busca de descobrir, que é eterno. Que se fosse tudo maravilhoso, se você tivesse material, pessoal, relacionamentos às mil maravilhas, que você nunca vai ter, porque você é incapaz de se relacionar o tempo inteiro às mil maravilhas [...] é justamente essa busca que te dá vontade de continuar, é exatamente esse grande potencial de dificuldades que você tem que superar todos os dias que te faz buscar, que te faz se envolver (SOUZA, 2003, p.291).

Outrossim, esta estratégia foi produzida pelo coletivo profissional, para não sucumbir mediante as adversidades do labor. Dejours e Jayet (2009, p.91) referem que o ativismo é uma tática de envolvimento dos trabalhadores com o seu trabalho, onde se busca não só trabalhar mais e requisitar atividades, mas também um engajamento nas ações, o quanto for possível, para que assim, não pensem ou reflitam e nem percebam o seu sofrimento, como uma forma de lutar contra as tensões. Desta maneira, não precisam se envolver nas reflexões sobre melhores condições relacionadas à organização. Já na ordem do privado, se fecham e se mostram indisponíveis e hipoativos. Esta situação pode ser observada nesta fala:

O sentimento que me vem sempre, em todo momento, em relação à enfermagem, é de muita empolgação. Apesar de eu já estar nos ‘finalmente da profissão’, e eu digo em termos de tempo de serviço, eu ainda sou muito empolgada com a enfermagem, eu ainda acredito na enfermagem. Eu acho que o momento hoje, a gente já não está conseguindo formar enfermeiros como a gente formava antigamente, que eram os enfermeiros que aprendiam a improvisar, a aceitar mais as situações. (SOUZA, 2003, p.291).

O que se percebe é que privilegiar a ação, em uma constante luta para não esmorecer, pode trazer inúmeros conflitos para estes trabalhadores, que se fazendo mais presente no trabalho, criam ilusões no seu psicológico, quanto ao mesmo, onde ao se deparar com o trabalho real, vivenciam o sofrimento. Nesta fala podemos visualizar esta idealização da profissão:

Então na enfermagem, a gente tem que sonhar, sonhar com o melhor, sonhar com uma equipe com mais enfermeiros para desenvolver o teu trabalho. Isso é uma busca, não sei se a gente vai chegar lá, mas é uma busca que faço sempre e a gente tem que fazer para poder melhorar (SOUZA, 2003, p.291).

Dejours e Jayet (2009) referem que o ativismo inibe a discussão e negociação com a organização do trabalho porque quando não estão envolvidos nas ações, os

mesmos buscam descansar, evitando responsabilidades e conflitos. Esta estratégia também é caracterizada pela autora como coletiva, mas na prática observa-se que este engajamento nas ações se demonstra como uma tática da ordem do individual, nem todo o grupo não se envolve com o trabalho.

E neste engajamento no trabalho, estando sempre à disposição da organização, Souza (2003) identificou trabalhadores que utilizavam outro tipo de estratégia, que intitulou neste estudo de **“o limite dos ritmos intensos de trabalho”**. Em sua pesquisa a autora identificou que os ritmos intensos gerados pela gama de papéis e atribuições dos trabalhadores, levaram as enfermeiras a impor limites tanto para o volume de trabalho quanto para a carga de trabalho que é imposta ao seu corpo, o que pode ser revelado na seguinte fala:

Chega um ponto que você diz chega. Então eu dava conta de 10 pacientes para encaminhar para o raios-X – agora acabou! Hoje eu só levo dois e os médicos estão sabendo. Eu queria deixar tudo cem por cento. Mas acabou, isso acabou. Eu só lamento porque cai a qualidade da assistência da enfermagem. Não faço porque eu estou vendo que as pessoas estão adoecendo, eu estou adoecendo e o resto continua bem. (SOUZA, 2003, p. 280).

No estudo de Souza (2003), exclusivamente com trabalhadoras do sexo feminino, elas acabam utilizando-se deste modo de agir quando se sentem indignadas e quando não aguentam mais as imposições da organização do trabalho, onde acabam limitando suas ações. Neste mesmo estudo, as enfermeiras também referem que: “essa estratégia do limite é quando eu estou no sufoco, não aguento mais e estou com raiva, entendeu? Então é isso. Não foi uma coisa planejada, é porque realmente não dava mais, eu estourei” (SOUZA, 2003, p.281).

Pode-se inferir que embora esta estratégia tenha sido identificada pela autora como uma tática defensiva engendrada pelo coletivo profissional, o ato de impor limites também pode ser identificado individualmente, sem a pactuação do grupo.

E frente esta gama de atribuições que lhes são impostas, os trabalhadores ainda tem que lidar com as relações de poder dentro da organização do trabalho, que faz com que os trabalhadores engendrem outro tipo de estratégia intitulada neste estudo de **“anti-hegemonia médica pela enfermagem”**, identificada no estudo de Souza (2003).

Neste sentido, a enfermagem lida no seu cotidiano com relações de poder muito intensas que interferem na sua autonomia, e ocasionam relações conflituosas no trabalho, na luta pela participação nas decisões. As enfermeiras do estudo E6 relataram utilizar-se da estratégia denominada pela pesquisadora de “estratégia anti-hegemônica”,

na qual existem lutas contra o profissional médico, que detém a hegemonia no trabalho em saúde (SOUZA, 2003). Este comportamento pode ser evidenciado no seguinte relato:

A relação com a equipe de enfermagem é muito boa mas com a equipe médica é muito ruim. Eu sinceramente não consegui trabalhar isso ainda, essa é uma coisa que eu estou buscando, já foi muito pior, mais ainda tem que melhorar muito. Porque eu tenho um nível de exigência muito maior com o médico do que com o auxiliar. A minha tolerância é muito maior com o auxiliar, até porque a gente está vendo o quanto ele trabalha e o médico nem tanto assim. Até porque ele tem um nível cultural diferente, ele estudou mais tempo, ele se acha o líder da equipe de saúde como um todo, mas não demonstra isso com atitudes, então não te ouve, não te faz participar das decisões, da alta por exemplo, do doente que você acha que não pode ter alta e assim vai. [...], por isso eu bato de frente (SOUZA, 2003, p.288).

Segundo Souza (2003), há nesta fala muito ressentimento oculto contra o poder decisório e o prestígio do médico. Para a enfermeira o seu trabalho é visto como mais desgastante, demonstrando também uma atitude de preconceito nas relações entre enfermeiro-médico. Esta atitude é adotada frente à falta de autonomia, reconhecimento e desvalorização do coletivo dos profissionais de enfermagem.

Quanto a este aspecto do poder, Foucault (1989) refere que o poder não existe, e sim as relações de poder, onde é preciso que se invista nas relações e nas práticas sociais. Chaves e Alves (2012) ao buscarem discutir as relações de poder entre os médicos e os enfermeiros nas instituições hospitalares, identificaram que para os enfermeiros liderar está atrelado a estar ou exercer cargo de chefia, e que os mesmos acabam incorporando a liderança como um cargo. Já para os médicos o poder está relacionado ao saber e aos anos de estudo de um profissional que no caso de médicos é maior. Nesse sentido, Foucault (1989) assevera que saber e poder estão correlacionados e intimamente ligados, já que um produz o outro, e o saber reforça o poder de um indivíduo.

Assim, neste conflito existente entre as relações sociais e o poder, observa-se que estão estreitamente relacionados entre si (SROUR, 1998 apud Chaves e Alves, 2012). E são estas relações que articulam as classes e categorias sociais internas às organizações. Talvez por isso, são tão acirradas as lutas entre essas duas categorias, uma incansável luta de quem tem mais saber atrelado ao pensamento de quem tem mais poder.

No estudo de Dal Pai (2011), embora não tenha sido descrita como uma estratégia defensiva, a autora refere que embora as decisões quanto a exames, procedimentos e internação estejam nas mãos dos médicos, a enfermagem por vezes,

acaba se confrontando com a hegemonia médica nos serviços de emergência, para que desta forma o trabalho se desenvolva.

Nesta ótica, Foucault (1993) refere que, os hospitais não são apenas locais de cura, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber, assegurando o exercício do poder. E é este poder, que se vê muito marcante pela medicina, que contribui para os conflitos entre as categorias.

E mediante estes conflitos vivenciados no seio da organização do trabalho, os trabalhadores de enfermagem contribuem para que esta hegemonia prevaleça, utilizando-se de outra estratégia identificada no estudo de Pagliari et al. (2008) intitulada nesta revisão de **“passar por cima do superior”**.

No estudo de Pagliari et al. (2008), os autores relataram que os trabalhadores de enfermagem, como uma estratégia para lutar contra o sofrimento, procuravam a direção direta da enfermagem, não se reportando ao seu superior imediato – a enfermeira responsável pelo setor – para resolver os problemas. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) este procedimento defensivo se refere ao ato de não se dirigir ao seu superior imediato diretamente, passando ao que assume posto mais superior.

Para Bendassolli e Soboll (2011) “toda organização produz relações de poder”, e os indivíduos utilizam-se de estratégias para manter a sua posição, e transformar a situação vivenciada a seu favor ou inovar, assim, eles podem continuar mantendo ou transformando a organização que atuam:

as relações e os jogos de poder são centrais para compreender a ação nas organizações, e é este poder que está na base da regulação dos laços sociais, e será esta configuração das relações sociais, que determinará como se darão as atividades, os modos de propriedade e a finalidade da organização (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p.18).

Para Dejours (1992) nesta arena de inadequações da organização do trabalho, se estabelecem no ambiente social de trabalho, as disputas entre os profissionais que atuam nas instituições hospitalares. E são estas disputas que marcam as relações entre os indivíduos, sendo preponderantes para a construção da saúde psíquica do trabalhador. As relações intersubjetivas e a qualidade destas relações serão importantes para a capacidade do trabalhador de resistir ou não adoecer psicologicamente.

Com isso, pode-se inferir que embora tenha sido destacada pelo autor como uma estratégia elaborada pelo coletivo, na prática esta postura é frequentemente adotada individualmente, como uma demonstração clara de falta de reconhecimento pelo seu superior.

E assim, uma vez que não reconhece a importância do outro, este trabalhador pode elaborar outra estratégia evidenciada no estudo de Souza (20003), intitulada nesta revisão por este estudo de **“agressividade contra outros profissionais”**.

De acordo Souza (2003), as enfermeiras utilizam a “estratégia da agressividade” para afastar ou evitar que outros profissionais se aproximem com mais demandas de trabalho, ou para questionar o seu modo operatório. Em muitas situações de conflitos existem profissionais que solicitam a intermediação das enfermeiras, o que acaba gerando mais pressão no trabalho para elas. Portanto, as enfermeiras adotam este modo de agir como uma proteção contra o sofrimento psíquico. Conforme podemos perceber nesta fala:

Eu acho que cada um tem as suas características, da sua natureza. Antigamente o meu mecanismo de defesa era a agressividade, então eu me tornava extremamente agressiva para que ninguém chegasse perto de mim para eu fazer as coisas. (SOUZA, 2003, p.281).

Esta agressividade também foi observada entre o coletivo de enfermeiras e o familiar por Souza (2003), no que tange às normas quanto a horário de visitas, onde não há flexibilização nas regras da instituição, conforme podemos evidenciar nesta fala:

Às vezes tem o lado do atrito com a família, que é uma maneira que, não sei como eu te explicaria isso, mas o atrito com a família às vezes serve para me obrigar a me afastar do cuidar, para não me aproximar muito dali, porque eu brigo com a família e aí me mantendo um pouquinho distante dele porque a família é chata.(SOUZA, 2003, p.281).

No que tange ao familiar, em seu estudo sobre a representação social dos auxiliares e técnicos de enfermagem em relação aos acompanhantes, Lemos et al. (2011) destacaram que o familiar que deveria ser compreendido como um elemento de apoio ao paciente, e ser considerado como aliado no tratamento e recuperação deste paciente, não é visto assim pela equipe.

Por conseguinte, de acordo com estes autores, os profissionais de saúde também não querem se responsabilizar em assumir a família como sua, não ocorrendo este elo de interação e confiança no trinômio paciente-família-cuidador. Neste estudo o que se observou foi a contradição na representação dos auxiliares e técnicos sobre os acompanhantes, que embora reconheçam sua importância no tratamento dos pacientes quanto à ajuda, responsabilidade, dedicação e paciência, relatam dificuldades relacionadas ao comportamento dos acompanhantes visto que acabam sendo vistos como “chatos e inconvenientes”(LEMOS, 2011).

Com isso, a enfermeira se mantém afastada não só dos profissionais de saúde, mas de qualquer um que possa ser agente desencadeador de mais trabalho para ela. De acordo com Dejourns e Jayet (2009) este tipo de atitude é uma estratégia utilizada para se evitar não só o conflito, mas também o sofrimento.

E assim, estes trabalhadores mediante este cenário de processo de trabalho inflexível, fragmentado, não racional, elaboram a estratégia identificada no estudo de Souza (2003) e intitulada nesta revisão de **“descrença e desmotivação pelo trabalho”**.

O que se evidencia é que mediante um contexto de trabalho com características de: baixa remuneração e estrutura física inadequada, déficit de recursos humanos e materiais, condições referidas pela autora como “intransponíveis”, os trabalhadores se encontram desmotivados pelo seu labor, como pode ser observado nesta fala:

Eu gosto disso, de bancar essa dificuldade e tentar consertar, embora sinceramente, eu acho muito remoto consertar tudo isso, porque não vejo ninguém tentando me ajudar. Não tem interesse. Por exemplo, todas as direções que entram, eu chego e falo dos problemas, não sensibilizo ninguém (SOUZA, 2003, p.290).

De acordo com Dejourns (2007) existem alguns determinantes que levam o trabalhador elabore estratégias defensivas de desânimo, como por exemplo, uma organização de trabalho, com falta de liberdade para a criatividade e inovação, o que embota o trabalhador. Estes aspectos geram a descrença em mudanças, como descrito nesta fala: “Cada dia que passa é pior e eu não tenho mais esperança de melhora. Eu acho que eu e a metade das pessoas aqui dentro” (SOUZA, 2003, p.290). Para Dejourns, Abdoucheli e Jayet (2009), esta aptidão de mobilização para o prazer do trabalhador pode contribuir também para estimulá-lo, paralelamente, para se proteger do sofrimento. Isto porque quando o trabalhador se mostra desanimado, resignando e desencorajado, pode não significar um descontentamento com seu trabalho, mas um fracasso em negociar com sua organização do trabalho.

Desta forma, embora seja uma estratégia defensiva caracterizada pela autora como coletiva, o que se pode observar é que a desmotivação e a descrença também tem um caráter individual, onde muitas vezes, os que se sentem dessa maneira acabam se afastando do grupo através de licenças, faltas, etc.

Esta desmotivação foi evidenciada em diversos estudos, embora não tenha sido destacada pelos autores como uma estratégia, quando se identificou em inúmeras pesquisas os relatos dos trabalhadores em relação a falta de reconhecimento como uma razão para o descontentamento com o trabalho.

Em síntese, a presente revisão teve como objetivo reunir e sintetizar o conhecimento acerca das evidências científicas disponíveis na literatura sobre as estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais brasileiros, o que totalizou vinte publicações.

A maioria dos estudos foi composta por artigos. Todas as publicações tinham abordagem qualitativa com caráter descritivo, utilizando predominantemente a técnica de coleta de dados da entrevista semiestruturada.

Os estudos publicados foram realizados por enfermeiros, psicólogos e médicos, com maior participação de enfermeiros como autores. Além disso, os pesquisadores dos estudos foram predominantemente das regiões Sudeste e Sul.

Cabe destacar que das vinte publicações selecionadas, cinco aplicaram todas as etapas da metodologia proposta por Christopher Dejours, sendo utilizadas por dois estudos de autoria de enfermeiros, evidenciando uma lacuna do conhecimento a ser explorada pela categoria.

Dentre os estudos selecionados, onze estudos foram publicados entre o período de 2000 a 2009, confirmando a assertiva de Bueno e Macêdo (2012) que referiram que as publicações deste período tinham dentre os focos de investigação as estratégias de enfrentamento.

Alguns estudos analisados não faziam referência ao tipo de análise, cenário e sujeitos, dificultando a compreensão do leitor quanto à obtenção dos dados. Assim também, como a multiplicidade de expressões utilizadas pelos pesquisadores no que tange às estratégias coletivas de defesa, assim como, a falta de referência nos estudos sobre o caráter individual e/ou coletivo das mesmas limitou a análise dos estudos desta revisão.

O item que se segue apresenta uma síntese das diversas estratégias coletivas de defesa identificadas nos estudos que compõem esta revisão.

Através desta revisão integrativa, foram identificadas e analisadas diversas estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores para não esmorecer frente a vivência de situações.

Na interpretação desestruturantes. Desta forma, nos diferentes cenários do meio hospitalar, observaram-se táticas vinculadas ao sofrimento decorrente da lida com o paciente e com outros fatores desestabilizantes da organização do trabalho, das condições de trabalho e relações sociais no meio hospitalar dos resultados, buscou-se analisar de forma integrada o material oriundo dos estudos já realizados nesta área, como descrevem Botelho, Cunha e Macedo (2011) ao definir esta modalidade de revisão.

Dentre as estratégias coletivas de defesa identificadas nos estudos, destacaram-se como mais comuns a negação do sofrimento, seguida do distanciamento do paciente e da banalização do sofrimento.

A estratégia da negação fez emergir o quanto o trabalhador da enfermagem sofre em seu ambiente laboral, vivenciando muitas vezes um local conflituoso, tenso e hostil. O profissional que nega o seu sofrimento o faz para não enfrentar o que está lhe incomodando e a dor do outro, o que demonstraria humanidade, levando a enfrentar o fato de não deter o controle de seus sentimentos. Como visto nas análises, a negação se expressa sob diferentes modalidades, como a negação do sofrimento do paciente, a negação da realidade, a negação do próprio cuidado em prol do trabalho, assim como a negação do perigo e dos riscos decorrentes do trabalho.

A estratégia do distanciamento do paciente trouxe à tona as questões éticas imbricadas neste tipo de comportamento, com impactos negativos para a qualidade dos cuidados e o sofrimento moral desencadeado por este modo de agir. De acordo com Lunardi et al. (2009, p.601), este sofrimento pode desencadear frustração para o trabalhador através de sentimentos de “impotência, desmoralização, desamparo, desespero, raiva, aflição e culpa por fracassar frente ao doente”. O sofrimento gerado pela perspectiva de finitude como inevitável e os vínculos estabelecidos tem gerado comportamentos para amenizar este sofrimento.

Na estratégia da banalização, os trabalhadores demonstraram um movimento no sentido da acomodação com a situação que vivenciam em seu cotidiano. Desta forma, naturalizam as adversidades vividas no labor como fossem parte fazem parte de um processo natural, demonstrando-se tolerantes, submissos e cúmplices do sofrimento.

Além disso, as precárias condições de trabalho culminam no déficit de materiais, levando os trabalhadores a elaborar estratégias de improvisação de materiais, que oferecem riscos para a sua segurança, dos usuários e outros trabalhadores. Destaca-se que a improvisação nos trabalhadores, que utilizam sua inteligência criadora para adaptarem o seu trabalho e se utilizam de “macetes” para dar conta do trabalho real. Neste sentido, o estudo oferece evidências do intervalo entre o trabalho que é prescrito e o trabalho real.

Em diversos estudos foram observadas estratégias voltadas para a solidariedade com os colegas e o relacionamento da equipe no sentido de buscar um auxílio mútuo em situações de sofrimento. Para os trabalhadores da enfermagem, o bom relacionamento interpessoal fortalece o grupo e o trabalho em equipe é fundamental para amenizar o sofrimento e tornar o trabalho mais prazeroso. Os comentários humorados no intuito de descontrair e aliviar a tensão frente ao fracasso devido à iminência de morte também são posturas adotadas pelos trabalhadores.

No conjunto de comportamentos identificados nos estudos desta revisão incluem-se ausências e fugas do local de trabalho e atitudes de descontração e humor frente ao sofrimento. E as ausências do ambiente de trabalho funcionam como “válvulas de escape” para lidar com estes sentimentos.

Outrossim, também foram identificadas estratégias que evidenciam a centralidade da organização do trabalho como fonte deste sofrimento como a despersonalização do cuidado com posturas de frieza frente ao paciente adoecido, o anestesiamento do corpo, desconsiderando as próprias necessidades em prol da organização, o desempenho de atividades tecnicistas na tentativa de se afastar o cuidado direto ao paciente e o uso do tempo no trabalho, que o trabalhador mesmo com tempo ocioso se ocupa de outras atividades por estar acostumado com o ritmo intenso do seu trabalho.

Cabe destacar que diversas estratégias foram identificadas em apenas um estudo, como: doação ilimitada ao trabalho, busca pela religiosidade frente ao sofrimento, racionalização frente ao sofrimento, reclamação da equipe, idealização de si e da equipe, uso do tempo no trabalho, ativismo no trabalho, limite dos ritmos intensos de trabalho, anti-hegemonia médica pela enfermagem, passar por cima do superior, agressividade contra outros profissionais e descrença e desmotivação pelo trabalho. Por um lado, tais estratégias podem ser consideradas menos relevantes no sentido de não se manifestarem em diferentes contextos. Por outro lado, pode-se considerar como atos e

comportamentos comuns no trabalho de enfermagem hospitalar, mas que não foram vistas pela maioria dos autores como estratégias coletivas de defesa. Estudos futuros poderão aprofundar esta questão.

Dentre os seis tipos de cenários identificados nas publicações houve a predominância das unidades de terapia intensiva, nas quais a estratégia mais prevalente foi o distanciamento do paciente, refletindo intenso sofrimento vivenciado pelos trabalhadores em um cenário caracterizado pela urgência, longa permanência dos pacientes, atenção e vigilância. Este dado é preocupante porque os trabalhadores aparentemente preferem negligenciar o seu sofrimento através do comportamento de não envolvimento com o paciente, podendo culminar na impessoalidade e despersonalização do cuidado com esta clientela.

Tendo em vista o exposto, observa-se que a realização desta revisão integrativa revelou-se uma abordagem metodológica adequada para subsidiar a identificação e a análise de estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem de unidades hospitalares brasileiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa investigou-se a construção do conhecimento, com base em evidências científicas de estudos empíricos acerca das estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem que vivenciam o cotidiano das instituições hospitalares. Apoiada nos enunciados teóricos de Dejours, esta revisão permitiu confirmar que os trabalhadores de enfermagem que atuam nas unidades hospitalares estão sofrendo no trabalho. Este sofrimento é ocasionado pela influência da organização do trabalho sobre a saúde psíquica dos trabalhadores de enfermagem. Estes, ao se confrontarem com as imposições despersonalizantes desta organização, vivenciam um sofrimento individual e subjetivo e como forma de eufemizá-lo, se unem e engendram estratégias de enfrentamento.

Dentre as imposições da organização do trabalho se destacaram o ritmo intenso de trabalho, o déficit de recursos humanos e a descontinuidade das tarefas, que geram sobrecarga de trabalho para estes trabalhadores. No que tange às condições de trabalho, os estudos revelaram características como a insuficiência e má qualidade de recursos materiais, a inadequação do ambiente físico e o risco à segurança, que foram preponderantes para as vivências de sofrimento. Outrossim, relações sociais marcadas por tarefas injustamente definidas e distribuídas, disputas profissionais, falta de autonomia e reconhecimento também contribuíram para o sofrimento destes trabalhadores. Estes aspectos do contexto de trabalho favoreceram a vivência do sofrimento no trabalho a partir do qual os trabalhadores elaboraram estratégias de defesa construídas pelo coletivo, das quais se destacaram a negação do sofrimento, o distanciamento do paciente e a banalização do sofrimento.

Percebe-se que estes modos de agir influenciados pelo trabalho fatigante e pela pouca participação política da categoria da enfermagem podem ocultar as exigências físicas e psicológicas do trabalho, podendo levar os trabalhadores a certa alienação. Tal situação limita suas ações de engajamento junto à organização do trabalho, já que se sentem impotentes para reagir. Assim, apresentam sua mobilização bloqueada pela organização, impedindo que os mesmos compreendam seu contexto de trabalho e percebam os fatores que podem gerar o sofrimento, e assim, refletir criticamente sobre esta realidade. No entanto, por ser um processo mental, estas estratégias não têm o

poder de transformar ou modificar a realidade, mas sim reduzir a percepção que o trabalhador tem da mesma.

A partir dos estudos analisados, observou-se que para conseguir lidar e cumprir com as prescrições da organização, os trabalhadores utilizam-se do espaço de liberdade existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real para intervirem no contexto de trabalho, adaptando o seu processo de trabalho às suas necessidades e desejos. Desta forma, frequentemente se colocam em perigo para lidar com as contrariedades e inadequações do cenário em que atuam, levando-os à estratégia da improvisação. Esta estratégia os leva a se considerar, muitas vezes, “fora da lei” e com isso, buscar formas de adaptar o seu trabalho a atos que condenam moralmente, esbarrando no sofrimento ético.

As estratégias também desvelaram o sofrimento moral que está oculto nestes comportamentos. Algumas de suas causas são evidenciadas pela insuficiência dos recursos humanos e materiais, relações interpessoais conflituosas, dificuldades no enfrentamento da finitude, fazendo emergir sentimentos de negação, desmotivação, tristeza, acomodação, humor, frieza, apatia, isolamento, depressão, agressividade e silêncio. A organização é a fonte maior deste sofrimento, e muitas vezes, suscita no trabalhador posturas de desrespeito e até de negação de si e do outro, omitindo seus valores, crenças e saberes, influenciando sua prática ética.

É necessária a preocupação por parte das instituições hospitalares em desenvolver programas ou encontros que discutam temas que fomentem a reflexão para as práticas profissionais. Mais do que questionar as estratégias quanto à ética, urge compreender que se trata de um mecanismo utilizado pelo trabalhador para mascarar o seu sofrimento, e não sucumbir psiquicamente mediante as mazelas do trabalho. Cada estratégia traduz a forma construída coletivamente mediante a realidade do cotidiano de trabalho repleto de experiências, informações, valores e situações sociais, que urgem ser revelados nesta arena de contrariedades. Neste sentido, somente intervenções voltadas para reduzir as fontes de sofrimento decorrentes da organização do trabalho poderão, de fato, contribuir para reduzir os conflitos éticos vividos pelos trabalhadores.

O estudo permitiu a ampliação das discussões e reflexões sobre as estratégias de enfrentamento frente às vivências de sofrimento e prazer no ambiente de trabalho, permitindo o estudo das diferentes realidades, nos múltiplos cenários, fazendo

apontamentos de lacunas de conhecimento para futuro aprofundamento.

Os dados deste estudo também explicitaram que no cotidiano da enfermagem os profissionais vivenciam um período de acomodação e banalização das adversidades que vivenciam no labor, difícil de ser desmobilizada. Sugere-se que o enfrentamento desta desmobilização se inicie nos cursos de formação, promovendo-se discussões sobre as estratégias coletivas de defesa com os futuros trabalhadores que ainda irão para o campo de trabalho, sem estarem “contaminados” pela inércia de não lutar.

Para as instituições hospitalares, este estudo pôde colaborar com apontamentos sobre as situações geradoras de sofrimento, podendo sinalizar a importância de se dialogar sobre as temáticas, contribuindo para a elaboração de alternativas voltadas para a transformação da organização. Mudanças voltadas para a implementação de ações que possam dar voz aos trabalhadores são bem-vindas no contexto das discussões apresentadas no presente estudo. De fato, um aspecto que merece destaque na análise realizada se refere à ausência de menção sobre oportunidades para o trabalhador participar de discussões sobre o processo de trabalho, a partir de sua experiência profissional, sugerindo não haver mobilização dos mesmos no sentido de colaborar para melhorias da prática assistencial.

Preocupar-se com a vivência subjetiva do trabalhador é estar atento para as relações entre os conflitos psíquicos oriundos do trabalho e a saúde mental do indivíduo. Torna-se necessário que as instituições atentem para as características da personalidade, os conteúdos inconscientes do indivíduo e o sentido que ele atribui ao seu trabalho, que podem contribuir para que este labor seja fonte de sofrimento para este trabalhador.

As evidências científicas acerca das estratégias coletivas de defesa evidenciaram a fragilidade e a fortaleza desta categoria que sofreu e sofre influências de questões históricas, econômicas, sociais, individuais e políticas, que são essenciais para mobilizar os trabalhadores a lutarem contra o sofrimento da realidade. Trata-se de uma categoria que se encontra fragilizada. Neste sentido, esta dissertação poderá contribuir para auxiliar os trabalhadores de enfermagem na tomada de consciência sobre os fatores que contribuem para a vivência do sofrer, evocando a compreensão de como percebem esta realidade que os circunda, e qual o sentido que este labor possui para os mesmos.

Cabe ressaltar, como dificuldade observada na realização desta revisão, a multiplicidade de expressões utilizadas pelos pesquisadores no que tange às estratégias coletivas de defesa. Além disso, a falta de menção, em alguns estudos, sobre o caráter individual e/ou coletivo das mesmas também limitou a análise dos estudos desta revisão.

Através desta revisão também se observa que urge a necessidade de realizar outros estudos com equipes de enfermagem com base na metodologia da psicodinâmica do trabalho, tal como propõe a abordagem dejouriana. Desta forma, poder-se-ia desvelar outros modos de agir dos trabalhadores, a influência do contexto de trabalho na geração do sofrimento e as estratégias coletivas de defesa construídas pelo coletivo, e sua repercussão para sua saúde psíquica, a organização e o usuário.

Em suma, ao refletir em termos mais amplos sobre o material apresentado, pode-se observar a necessidade da participação política das categorias da enfermagem no sentido da implantação de melhores condições para operar seu processo de trabalho. Esta é uma possibilidade de transformação do seu objeto de sofrimento, ancorados em seus preceitos éticos. Enquanto a categoria se submeter às demandas desta nova ordem econômica banalizando o seu poder, continuará a negar não só seu sofrimento, mas sua profissão e o sofrimento do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.; Rocha, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C. M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto contexto enfermagem**, v.14, n.3, p.323-331, 2005.

AZEVEDO, C.S. A sociedade Contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e produção dos cuidados nos serviços de saúde. In: AZEVEDO, CS.; SÁ, M.C. (org.) **Subjetividade, Gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013a.

AZEVEDO, C; S; SÁ, M. C. **A cooperação prescrita e a cooperação possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família**. In: _____ (org.). **Subjetividade, Gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, P.C.R.; MENDES, A.M.B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, v.8, n.1, p.63-70, 2003.

BECK, C.L.C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização à re-significação ética na organização da enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, 2001.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações**. (org.). In: _____ (org.). **Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, p.3-21, 2011.

BERTONCINI, J.; PIRES, D. E.; RAMOS, F. R. S. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 123-133, 2011.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade. Belo Horizonte**. v.5, n.11, p.121-136, mai./ago. 2011.

BOUYER, G.C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.35, p.122, p.249-259, 2010.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovascular**, v.1, n.20, 2005.

BRASIL. **Decreto 94.406**. Regulamenta a lei 7498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Brasília, v.4, seção 1, p.407, 1987.

BRASIL. **Lei n. 7.498**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1986.

BUENO, M.; MACEDO, K.B. A clínica Psicodinâmica do Trabalho: de Dejours às pesquisas Brasileiras. **Ecos**, v.2, n.2, 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.M.S. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.2, p.363-368, 2011.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**: Florianópolis: Ed. Universitária/UFPEL, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1998. 183 p.

CARRASQUEIRA, F.A.; BARBARINI, N. **Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações**. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE DA PUCPR, Curitiba, v. 5, n. 1, p.1-19, nov., 2010.

CARVALHO, L.S et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudante de enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.551-557, out.-dez. 2006.

CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, jan.-fev. 2012.8p.

CASTRO, A. Revisão Sistemática e metanálise. 2006.

CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da Enfermagem**: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar. 2012. 98f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

CHAVES, R.N.; ALVES, A.L.S. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Diálogos & ciência**, v.30, p.159-164, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados das inscrições dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011**. Comissão de Business Intelligence, Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação – DTIC, 2013.76p.

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.;SCHAURICH, D. Humanização em unidades de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.13, n.1, p.571-580, 2009.

CUNHA, M.S., CS.; SÁ, M.C. (org.) **Subjetividade, Gestão e cuidado em Saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.423p.

DALMOLIN,G.L.; LUNARDI,V.L.; FILHO,W.D.L. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.35-40, jan./mar. 2009.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L.; KRUG, J.S. Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. **Enfermagem em foco**, v.2, n.1, p.38-43, 2011.

DEJOURS, C.. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Ed. Cortez-Oboré, 1992. 168f.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. ; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994 apud SOUZA, N.V.D.O. S; LISBOA, M.T.L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesas das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Enf. Anna Nery**.v.6, n3, p 425-435, 2002.

DEJOURS, C. **O fator humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, C. **A carga psíquica do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009a.

DEJOURS, C. **Sofrimento e prazer no trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, p.167-184, 2009b.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, p.119-145, 2009.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, C.; JAYET, C. **Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo:** metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1.ed. São Paulo: Atlas, p.67-118, 2009.

DEJOURS, C. Addendum - **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.(org.). **Christophe Dejours:** da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a.

DEJOURS, C. **Inteligência prática e sabedoria prática:** duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.(org.).

Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.

Dejours, C. Trabalho, subjetividade e ação. **Rev. Produção**, v.14, n.3, p.27-34, 2004 apud CARVALHO, B.G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, jan.-fev. 2012.8p.

DREYFUS, H.; RABINOW, P.; FOUCAULT, M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995 apud LUNARDI, V.L. et al. A ética Americana de Enfermagem e sua relação com o poder e organização do trabalho. **Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, mai.-jun. 2007.

ENRIQUEZ, E.A. **Organização em análise.** Petrópolis: Vozes, 1997.

FAVORETO, C.A.O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista APS**, v.11, n.1, p.100-108, 2008.

FERNANDES, J.D. et al. Saúde mental e trabalho feminino: imagem e representações de enfermeiras. **Revista Latino-americana**, v.10. n.2, p. 199-206, 2002.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira. Brasília: ler, pensar e agir, 2003.

FERREIRA, J.B. **Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação:** um olhar da Psicodinâmica do trabalho In: AZEVEDO, CS.; SÁ, M.C. (org.) **Subjetividade, Gestão e cuidado em Saúde:** abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FLÔR, R.C.; GELBCKE, F.L. Proteção radiológica e a atitude de trabalhadores de enfermagem em serviço de hemodinâmica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 416-422, 2013.

FONSECA, M.L.G. **Da prescrição à criação:** inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. 251f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: edições graal, 1989. 295 p.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FREUD, A. O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal, 1968. P.54-65 apud AGUIAR, R.W. Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia com ou sem depressão. 2008. 110f. Mestrado (Dissertação em Ciências Médicas/Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Rio de Janeiro: BUP, 1968., 1968. P.54-65 apud CARRASQUEIRA, F.A.; BARBARINI, N. **Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações**. Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR, Curitiba, v. 5, n. 1, nov., 2010.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v.10, n.1, p. 1–11, 1987.

GERNET, I.; DEJOURS, C. **Avaliação do trabalho e reconhecimento**. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L.A. **Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações**. Clínicas do Trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, H.O. **Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma unidade de pronto atendimento no município do Rio de Janeiro**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

GOMES, L. et al. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, supl.1, p. 137-156, 2011.

HALLACK, F.S.; SILVA, C.O. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.17, n.3, p.67-72, 2005 apud CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da Enfermagem: estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar**. 2012. 98f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2001 apud TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992 apud FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, p.229-248, 2010.

HELOANI, R. Práticas organizacionais e sofrimento psíquico: O que a Psicologia do Trabalho tem a ver com isso? IN: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E JORNADA DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, **Anais...**, São Paulo, nov., 2008 apud CARRASQUEIRA, F.A.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: Uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR, Curitiba, v. 5, n. 1, nov. 2010.

JAYET, C. *Psychodynamique du travail au quotidien*. Paris: AleXitére, 1994.

JAYET, C. **Psychodynamique du travail au quotidien**. Paris: AleXitére, 1994 apud BARROS, P.C.R.; MENDES, A.M.B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, v.8, n.1, p.63-70, 2003.

KARAM, H. **Desafio para a psicodinâmica do trabalho no Brasil**: um ponto de vista. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. 1ª reimpressão. Curitiba: Juruá, p.53-60, 2011.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análises e perspectivas. **Rev. Bras. Enferma**, Brasília, v.56, n.6, p.669-673, 2003.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.(org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LAPLANCHE, L.L.; PONTALLIS, J.B. **Vocabulário de psicanálise**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

LAUS, A.M.; ANSELM, M.L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP segundo grau de dependência em relação ao

cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.12, n.4, p.643-9, jul.-ago. 2004.

LAZZARATTO, M.; NEGRI, A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção e subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001 apud TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista Brasileira Saúde ocupacional**, São Paulo, v.36, n.1, p.40-55, 2011.

LEMOES, C.C.A. et al. A representação social dos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre acompanhantes de pacientes internados no serviço de clínica médica. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2011.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LISBOA, M.T.L. A pesquisa e os dilemas éticos do trabalho da enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, 2013. **Anais**. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2013.

LOPES, D.M.Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Paraná, 2009.

LUNARDI, V.L. et al. A ética Americana de Enfermagem e sua relação com o poder e organização do trabalho, **Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, mai.-jun., 2007.

LUNARDI, V.L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.2, n.4, p.599-603, jul.-ago. 2009.

MACHADO, A.G.; MERLO, A.R.C. Cuidadores: seus amores e suas dores. **Psicologia & Saúde**, v.20, n.3, p. 444-452, 2008.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A. L.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.3, p.119-122, 2012.

MAGNUS, C.N. Sob o peso dos grilhões: um estudo sobre a psicodinâmica do trabalho em um hospital psiquiátrico público. 2009. 274f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009 apud CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da Enfermagem:** estudo de caso em uma unidade de internação hospitalar. 2012. 98f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2012.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: reflexão na ótica dejouriana. **Ciências Cuidado Saúde**, v.11, p. 34-41. 2012.

MARTINS, S.R. A escuta do sofrimento na clínica do trabalho. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho:** temas, interfaces e casos brasileiros. 1ª reimpressão. Curitiba: Juruá, p.93-112, 2011.

MARX, K. O Capital. **Processo de trabalho e processo de valorização.** São Paulo: Nova Cultural: 1996.

MATOS, E. **Novas Formas de Organização do Trabalho e Aplicação na Enfermagem:** possibilidades e limites. 2002. 140f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Escola de Enfermagem. 2002.

MAURO, M.Y.C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.1, p.13-18, jan.-mar. 2010.

MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho:** teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho:** temas, interfaces e casos brasileiros. 1. reimpressão. Curitiba: Juruá, 2011. 546p.

MENDES, A.M.; LINHARES, N.J. A prática do enfermeiro com pacientes de unidade de terapia intensiva: uma abordagem psicodinâmica. **Revista brasileira de enfermagem**, v.49, n.2, p. 267-280, abr./jun. 1996.

MENDES, A.M.; ABRAHÃO, J.I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Revista Psicologia- teoria e pesquisa**, Brasília, v.26, n.2, p. 174-184, 1996.

MENDES, A.M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, A.M.; COSTA, V.P.; BARROS, P.C. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Revispsi Uerj**, v.3, n.1, 2003.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, out.-dez.2008.

MENDES, A.M.; MORRONE, C. **Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho**. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. 1. Reimpressão, Curitiba, Juruá, p.29-52, 2011. 546p.

MENDES, S.S.; MARTINO, M. M. F. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, v.46, n.6, p.1471-6, 2012.

MERLO, A.C.; TRAESEL, E.S.; BAIERLE, T.C. Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.63, p. 101-104, 2011.

MERLO, A.R.C. Psicodinâmica do Trabalho. In: **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MERLO, A.R.C.; MENDES, A. M. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.12, n.2, p.141-156, 2009.

MINAYO, M.C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade.31.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012. 108p.

MONTEIRO, J.K. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Psicologia, Ciência e profissão**, v.33, n.2, p.366-379, 2013.

MOREIRA, A.O.; SOUZA, H.A.; RIBEIRO, J.A. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem da UFSM**, v.3, n.1, p.102-111, jan./abr. 2013.

NARDI, H.C. A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. **Psicologia e Sociedade**, Santa Catarina, v.15, n.1, p.37-56, jan./jun. 2003.

NICOLUSSI, A.C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de colón e reto: revisão integrativa**. 2008. 209f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, E.B. **As representações sociais do ruído pelos trabalhadores de enfermagem de um centro de terapia intensiva: a organização do trabalho**. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T. L. Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.1, p.24-30, jan.-mar.2009.

OSORIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.9, n.1, p.15-32, 2006.

OSORIO, C. et al. **O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem**. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.83-107, 2011.

OSÓRIO-DA-SILVA, C. **Curar adoecendo**. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

PACKER, A.L.; TARDELLI, A.O.; CASTRO, R.C.F. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.587-599, 2007.

PAGLIARI, J.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G.; VIEIRA, C.S. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.10, n.1, p. 63-76, 2008.

PASSOS, R.S.; JUNIOR, O. G. B.; COLLET, N. A organização do trabalho de enfermagem clínica pediátrica: revisão crítica da literatura. In: _____. Anais _____. 2011.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: cisão entre planejamento e execução do cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEIXOTO, I. C. ; PEREGRINO, A. A. F.; OLIVEIRA, O.V.S.; RAMOS, R.S. Análise do perfil dos pacientes oncológicos sem possibilidades terapêuticas de cura atuais: verificação da demanda por cuidados paliativos em hospital universitário. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.10, s.1, mai. 2011.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n.5, p.739-44, set.-out. 2009.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, UFB Bahia, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

PIRES, D.. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume. 1998. 253 p.

PIRES, D.; GELBCKE, F.L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e saúde**, v.2, n.2, p.311-325, 2004.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec. 1994.

PITTA, A.M.F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e sociedade**, v.5, n.2, p. 35-60, 1996.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D.A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, v.22, n.4, p.434-8, 2009.

ROSSI, E.Z. Análise clínica da organização do trabalho bancário e o processo de adoecimento por LER/DORT. In: MERLO, A.R.C.; MENDES, A.M.B. Perspectivas do uso da Psicodinâmica no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia social do Trabalho**, v12, n2, p.113-124, 2011.

ROTENBERG, L. Medidas de intervenção: abordando a questão do lado dos trabalhadores, empresas e usuários. In: FISHER, F.M.; MORENO, C.R.C.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.213-224.

SÁ, C.M. **Atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar: representações psicofísicas do trabalhador**. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SÁ, M.C.; AZEVEDO, C.S. **Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde**. In: AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. (org.) **Subjetividade, Gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.2, p.221-4, mar.-abr. 2007.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, E. I. **Vulnerabilidade de enfermeiros no cuidado a pacientes com HIV/Aids: um estudo de representações sociais**. 2012. 229 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2012.

SANTOS, M.L. O trabalho dos anjos de branco: um estudo em um hospital geral público. **Saúde em debate**, Londrina, p. 69-74, 1996.

SECCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SOUZA, F.E.A.; SHIMIZU, D.S. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **Red. de Revistas científicas de America Latina**, v.6, n.1, p.1-17, 2010.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.257-262, 2007.

SHIMIZU, H.E.; CIAMPONE, M.H.T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino Americana**, v.12, n.4, p.623-30, 2004.

SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez Editora, 1989 apud FONSECA, M.L.G. **Da prescrição à criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia**. 2014. 251f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SILVEIRA, R.C.C.P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

SILVINO, Z.R. et al. As estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, v.2, n.3, p.1121-1127, jul.-set. 2010.

SILVINO, Z.R. **O desgaste mental do trabalho dos enfermeiros entre o real e o prescrito**. 2002. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010.

SOUZA, N.V.D.O. **Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário**. 2003. 348f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, N.V.D.O. S; LISBOA, M.T.L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesas das trabalhadoras de enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Enf. Anna Nery**. v.6, n3, p 425-435, 2002.

SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.I.; CRUZ, E.J.E.R. Estratégias coletivas de defesa: táticas para mitigar o sofrimento no trabalho hospitalar da enfermeira. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.3, 2007.

SROUR, R.H. Poder, cultura e ética nas organizações. 2.ed. São Paulo: editora Campus, 1998 apud CHAVES, R.N.; ALVES, A.L.S. As relações de poder dentro da unidade hospitalar: uma perspectiva de médicos e enfermeiros. **Diálogos & ciência**, v.30, p.159-164, 2012.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista produção**, v.14, n.3, p.87-98, 2004.

TRAESEL, E.S. A psicodinâmica do reconhecimento sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

TRAESEL, E.S.; MERLO, A.R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista Brasileira Saúde ocupacional**, São Paulo, v.36, n.1, p.40-55, 2011.

UCHIDA, S.; LANCMAN, S.; SZNELMAR, L.I. Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho para o desenvolvimento de ações transformadoras no processo laboral em saúde mental. In: Glina, D.M. R.; Rocha, L.E. (org.). **Saúde Mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Rocca, p.191-209, 2010.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no Peri operatório**: revisão integrativa. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano e a enfermagem**: ampliando sua interpretação. Esc. Anna Nery Rev. Enf., Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 142-53, dez. 1997 apud SANTOS, E. I. **Vulnerabilidade de enfermeiros no cuidado a pacientes com**

HIV/Aids: um estudo de representações sociais. 2012. 229 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2012.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999 apud SANTOS, E. I. **Vulnerabilidade de enfermeiros no cuidado a pacientes com HIV/Aids:** um estudo de representações sociais. 2012. 229 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, 2012.

WITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: 5. updated methodology. **J Adv. Nurs**, v. 52, n. 5, p.:546-53, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha para classificação do material bibliográfico segundo os critérios de inclusão e exclusão



ANO:

PERIÓDICO

TIPO

Ano de publicação☐ Até dezembro de 2013☐ A partir de janeiro de 2014-> **EXCLUÍDO****Estudo empírico**☐ Sim☐ Não > **EXCLUÍDO****Estudo realizado no Brasil ou referente ao contexto****brasileiro?**☐ Sim☐ Não-> **EXCLUÍDO****Idioma**☐ Português; ☐ Inglês; ☐ Espanhol☐ Outro idioma-> **EXCLUÍDO****Texto na íntegra**☐ Sim☐ Não -> **EXCLUÍDO****Tipo de texto**☐ Artigo; ☐ Tese; ☐ Dissertação☐ Outro-> **EXCLUÍDO****Categoria profissional estudada**☐ Enfermeiros(as);☐ Outro-> **EXCLUÍDO**☐ Técnicos(as) de Enfermagem;☐ Auxiliares de Enfermagem**Categoria profissional estudada**☐ Enfermeiros(as);☐ Outro-> **EXCLUÍDO**☐ Técnicos(as) de Enfermagem;☐ Auxiliares de Enfermagem**Aborda a Psicodinâmica do Trabalho como****abordagem teórica e/ou metodológica?**☐ Não-> **EXCLUÍDO**☐ Sim**Aborda estratégias coletivas de defesa**☐ Sim☐ Não-> **EXCLUÍDO**

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados⁷



1 IDENTIFICAÇÃO	
Título da publicação	
Título do periódico	
Base de dados	
Autores	Nome: Afiliação: Grau de titulação:
Idioma	
Ano de publicação	
Tipo de publicação	☐ Tese ☐ Dissertação ☐ Artigo
2 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	
Introdução	☐ define o objeto de investigação ☐ justifica a relevância do estudo ☐ apresenta revisão de literatura relacionada ao tema de estudo ☐ o quadro teórico representa o conteúdo do estudo
Objetivo (s)/ Questão (s) de investigação	

⁷ Elaborado com base nos instrumentos propostos por: URSI,2005; POMPEO,2007; NICOLUSSI,2008.

3 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	
3.1 Tipo de publicação/ delineamento da pesquisa	3.1.1 Pesquisa ☐ descritiva ☐ exploratória ☐ pesquisa convergente assistencial ☐ etnografia ☐ etologia ☐ fenomenologia ☐ etologia ☐ teoria fundamentada em dados ☐ história de vida ☐ análise de discurso ☐ estudo de caso ☐ etnometodologia ☐ hermenêutica ☐ etnociência ☐ psicologia ecológica ☐ histórica ☐ pesquisa-ação 3.1.2 Pesquisa teórica ☐ revisão integrativa ☐ relato de experiência ☐ narrativa Outros: _____ ☐ revisão sistemática ☐ Metanálise ☐ meta-síntese qualitativa
3.2 Grupo estudado	3.2.1 População estudada: 3.2.2 Características Idade: Sexo: Tempo de atuação na enfermagem: Tempo de atuação na área: Crêterios de inclusão/exclusão dos sujeitos:
3.3 Cenário de estudo/ Local de coleta dos dados/ Local a que se refere o estudo teórico	Local: Cenário:
3.4 Técnica de coleta de dados	
3.5 Tratamento e análise dos dados	
4 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO RELEVANTES PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS COLETIVAS DE DEFESA	
4.1 Aspectos da organização do trabalho relevantes	
4.2 Estratégias coletivas de defesa identificadas	
5 CONCLUSÕES	
5.1 Conclusões e sugestões	