



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**



**CRISTIANE MAGALI FREITAS DOS SANTOS**

**DINÂMICA DO PRAZER-SOFRIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO  
TRABALHO DA ENFERMEIRA**

**SALVADOR  
2008**

**CRISTIANE MAGALI FREITAS DOS SANTOS**

**DINÂMICA DO PRAZER-SOFRIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO  
TRABALHO DA ENFERMEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção de grau de Mestra em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ângela Tamiko Sato Tahara

**SALVADOR  
2008**

**CRISTIANE MAGALI FREITAS DOS SANTOS**

**DINÂMICA DO PRAZER-SOFRIMENTO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA  
ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2008.

**BANCA EXAMINADORA**



Ângela Tamiko Sato Tahara

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia



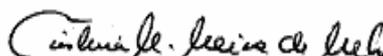
Maria Yvone Chaves Mauro

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro



Vera Lúcia Peixoto Mendes

Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia



Cristina Maria Meira Melo

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

S 237 Santos, Cristiane Magali Freitas dos  
O Sofrimento na organização do trabalho da enfermeira./  
Cristiane Magali Freitas Santos. - Salvador, 2008.  
134 f.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ângela Tamiko Sato Tahara  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de  
enfermagem,  
Universidade Federal da Bahia.

1. Sofrimento 2. Prazer 3. Organização do trabalho
4. Enfermeira I. Título.

CDD:6.730.799

## **AGRADECIMENTOS**

Foram muitas mãos estendidas, orientando, revisando, corrigindo, afagando e apoiando-me. A construção deste trabalho não seria possível sem essa colaboração. Assim, dedico a todos, meus sinceros agradecimentos.

Primeiramente a Deus e aos amigos espirituais que ele permitiu acompanhar-me nessa jornada, que semearam o desejo do conhecimento e que me fortaleceram sempre que a carga de atividades parecia não caber em minhas mãos.

Nosso agradecimento especial à gerente de enfermagem do hospital estudado, por nos permitir explorar aspectos da organização do trabalho da enfermeira, pelo incentivo à participação no estudo através do seu exemplo contínuo de disponibilidade, o que muito influenciou na aceitação da pesquisadora durante a dinâmica de trabalho nas unidades do hospital.

Nossos sinceros agradecimentos às colegas enfermeiras: as que integraram este estudo, sempre nos recebendo com gentilezas e atenção, auxiliando-nos na coleta dos dados, e às colegas do mestrado e doutorado, que forneceram valiosas contribuições, incentivo e apoio emocional.

As professoras que me orientaram, doutoras de um saber que nos conduz à profundidade, à crítica e ao crescimento profissional, a minha gratidão pela confiança, incentivo, paciência e conhecimento humildemente compartilhado.

Por fim, ofereço a minha filha, o meu maior tesouro, em retribuição a sua paciência, por suportar a minha ausência e me fortalecer com os seus cuidados, o meu carinho, o mais puro amor e o meu muito obrigado.

*Reza o mito que o trabalho é castigo aos homens, uma labuta diária, o sustento da vida. Conflita com muitos desejos e aspirações pessoais ao revelar-se essência, o centro na construção do sujeito. Sem trabalho, no vazio revestido de inutilidade, uma existência sem forma e sem desafios. Mergulha-nos numa teia de relações complexas e contraditórias, mas absolutamente inevitável e criadora, onde o conflito revestido de sofrimento se desnuda em força motriz impulsionadora da vida; é antes da dor, um caminho para o prazer e a felicidade humana.*

*(Cristiane Magali, 2008)*

SANTOS, Cristiane Magali Freitas. **Dinâmica do Prazer-Sofrimento na Organização do Trabalho da Enfermeira**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa com aporte quantitativo, fundamentada na concepção teórico-filosófico da psicodinâmica do trabalho de Dejours, com o objetivo de analisar como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho da enfermeira em um hospital privado da cidade de Salvador. A coleta de dados foi realizada através das técnicas de entrevista individual e coletiva e com a aplicação de um inventário com escala de indicadores prazer-sofrimento no trabalho. A amostra foi constituída de enfermeiras gestoras e da assistência no total de trinta e sete (75%) das quarenta e nove enfermeiras do hospital estudado. Os dados empíricos resultantes das entrevistas foram analisados, considerando os núcleos de sentido definidos pela análise categorial de Bardin e conformaram quatro categorias, a saber: A relação entre a organização do trabalho e a dinâmica prazer-sofrimento; As relações profissionais mobilizando sentimentos de prazer e de sofrimento; Condições de trabalho e a dinâmica do sofrimento; Estratégias coletivas e individuais na ressignificação do sofrimento. Os resultados do inventário e da análise categorial foram submetidos a uma análise por triangulação de dados, numa construção dialética com os pressupostos da psicodinâmica do trabalho de Dejours. Na fala das enfermeiras emergiam comparações sobre a forma como o seu trabalho se organiza nos diferentes vínculos empregatícios, o que contribuiu para a análise sobre a relação entre a organização inflexível e as vivências de frustração, indignação e sofrimento no trabalho. A rigidez na comunicação, a ausência de um planejamento formal e participativo, a inexistência de um plano de cargos e salários e a insegurança gerada pelo vínculo empregatício cooperativado foram referidas como condições desfavoráveis ao prazer, mas que não interferem no desejo de pertencer ao hospital estudado, considerado como um espaço de crescimento profissional. O resultado, alinhado ao pressuposto da psicodinâmica do trabalho, favoreceu a análise de como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do prazer-sofrimento. Foi possível identificar a utilização de estratégias individuais e coletivas, como a negação, minimização ou racionalização do sofrimento, a definição de regras de convivência grupal como forma de enfrentar os constrangimentos e favorecer a ressignificação do sofrimento em prazer no trabalho. Espera-se que o estudo venha a contribuir para uma reflexão mais profunda sobre a organização do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Sofrimento; Prazer; Organização do Trabalho; Enfermeira

SANTOS, Cristiane Magali Freitas. **Dynamics of Delight-Suffering in the Organization of Nurse Labour**. 2008. 134 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador, 2008.

### **ABSTRACT**

This is an exploratory case study with a qualitative approach with quantitative intake, based on the theoretic-philosophical conception of the psychodynamics of the work of Dejours, with the objective to analyze how the organization of the work relates to the pleasure-suffering dynamics in the work of the nurse in a public hospital of the city of Salvador. The data collection was carried through the techniques of individual and collective interviews with the implementation of an inventory with an indicator scale of pleasure-suffering in the work. The sample was constituted of management and assistance nurses in a total of thirty-seven (75%) of the forty-nine nurses of the studied hospital. The resultant empirical data of the interviews have been analyzed considering the center of direction defined by the categorial analysis of Bardin and have conformed four categories namely: The connection between the organization of the work and the pleasure-suffering dynamics; The professional relationship mobilizing suffering and pleasure feelings; Conditions of work and the suffering dynamics; Collective and individual strategies to resignify suffering. The results of the inventory and the categorial analysis have been submitted to an analysis for data triangulation, in a dialectic construction with the premises of Dejours' psychodynamics. The nurses' words brought up comparisons about how his work is organized in different links of work, which contributed for the analysis on the relationship between the inflexible organization and the experience of frustration, anger and suffering at work. Rigidity in communication, absence of a formal and sharing planning, inexistence of a plan of positions and wages and the insecurity generated by the co-operative employment bond have been related as unfavorable conditions for pleasure, but these do not intervene with the desire to belong to the studied hospital, considered as a space of professional growth. The results lined up with the premises of the work psychodynamics has favored the analysis of how the organization of the work is related to the pleasure-suffering dynamics. It was possible to identify the use of individual and collective strategies, as denial, minimization or rationalization of the suffering and also the definition of group rules as a way to face the embarrassment and to make possible the resignification of suffering into pleasure in the work. It is expected that this study will be able to contribute for a deeper reflection on the organization of the work of the nurse within hospital scope.

Key-words: Suffering; Pleasure; Work Organization; Nurse

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 A Organização do Trabalho como pilar na transformação do sofrimento em prazer, 2007	44
Figura 2 Cartão de identificação das enfermeiras participantes da entrevista coletiva	61
Figura 3 Representação da triangulação dos dados coletados no estudo de caso de um hospital privado da cidade de Salvador, 2008	67
Figura 4 Análise categorial do contexto de trabalho das enfermeiras em um Hospital Privado da Cidade de Salvador	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Fatores indicativos de prazer e sofrimento analisados no inventário EIPST	64
Quadro 2 Identificação esquematizada pelas enfermeiras participantes da entrevista coletiva	69
Quadro 3 Tempestade de idéias para as palavras-chaves: Ser-Fazer-Sofrer-Prazer	69
Quadro 4 Síntese da percepção da enfermeira sobre aspectos da organização do trabalho que são favoráveis às vivências de prazer ou sofrimento no trabalho em um hospital privado da cidade de Salvador	102

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
2.1 A EVOLUÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	18
2.2 O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE	21
2.3 ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO DO TRABALHO	25
2.4 TRABALHO EM SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM	27
2.5 DINÂMICAS DO SOFRIMENTO: ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO TRABALHO	33
2.5.1 <b>Sufrimento-Organização do trabalho</b>	36
2.5.2 <b>Sufrimento-Reconhecimento-Prazer</b>	39
2.5.3 <b>Sufrimento-Adoecimento</b>	41
<b>3 METODOLOGIA</b>	
3.1 ABORDAGEM TEÓRICO-FILOSÓFICA	45
3.2 TIPO DE ESTUDO	46
3.3 LÓCUS DE PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ESTUDADA	
3.3.1 <b>História do Hospital: Assistência e Educação</b>	48
3.3.2 <b>Estrutura Física: Áreas de atendimento x Efetivo de enfermeiras nas unidades</b>	49
3.3.3 <b>O Modelo de Cooperativa como vínculo empregatício</b>	50
3.3.4 <b>Sujeitos da investigação: perfil das enfermeiras que constituíram a amostra do estudo</b>	52
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	57
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	
4.1 A PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A DINÂMICA DE PRAZER E SOFRIMENTO: ANÁLISE POR TRIANGULAÇÃO DE DADOS	66
4.2 CATEGORIAS CONFORMADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS DADOS	70
a) A relação entre a organização do trabalho e a dinâmica prazer-sofrimento	72
<b>a.1 Existe participação na formulação do processo de trabalho da enfermeira?</b>	73
<b>b.1 Reflexos do modelo de gestão na dinâmica do prazer-sofrimento</b>	80
b) As relações profissionais mobilizam sentimentos de prazer e de sofrimento	88
c) Condições de trabalho na dinâmica do sofrimento	92
d) Estratégias coletivas e individuais na ressignificação do sofrimento	96

e) Relatório de validação do discurso das enfermeiras entrevistadas	99
f) Análise de dados da Escala de Indicadores Prazer-Sofrimento no Trabalho	102
<b>5 CONCLUSÃO</b>	105
<b>REFERÊNCIAS</b>	112
<b>APÊNDICE A</b> - Orientação para preenchimento dos formulários utilizados na pesquisa	117
<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro para entrevista coletiva com enfermeiras executoras do processo de trabalho	121
<b>APÊNDICE D</b> - Roteiro para entrevista semi-estruturada com as gestoras de serviços de enfermagem e formulário para registro da linguagem não falada	122
<b>APÊNDICE E</b> - Roteiro para pesquisar o perfil socioprofissional das enfermeiras participantes do estudo	124
<b>APÊNDICE F</b> - Quadro 5 Perfil social, econômico e profissional das Enfermeiras Gestoras e Executoras do Processo de Trabalho de um hospital privado de Salvador-Bahia, 2008	125
<b>APÊNDICE G</b> - Quadro 6 Efetivo de enfermeiras por unidades e caracterização do vínculo empregatício no hospital estudado, Salvador-Bahia, 2008	126
<b>APÊNDICE H</b> - QUADRO 7 Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer Sofrimento no Trabalho: Distribuição dos fatores referentes a Liberdade de Expressão	127
<b>APÊNDICE I</b> - QUADRO 8 Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer Sofrimento no Trabalho: Distribuição dos fatores referentes à Realização Profissional	128
<b>APÊNDICE J</b> - QUADRO 9 Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer Sofrimento no Trabalho: distribuição dos fatores referentes à falta de Falta de Reconhecimento	129
<b>APÊNDICE L</b> - QUADRO 10 Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer Sofrimento no Trabalho: Distribuição dos Fatores referente ao Esgotamento Profissional	130
<b>APÊNDICE M</b> - QUADRO 11 Agrupamento de todos os itens que foram referidos pelas enfermeiras como mais negativos	131
<b>ANEXO 1</b> - Carta ao comitê de ética em pesquisa	132
<b>ANEXO 2</b> - Organograma do hospital estudado, Salvador-Bahia, 2008	133
<b>ANEXO 3</b> - Escala de Indicadores Prazer-sofrimento no Trabalho	134

## 1 INTRODUÇÃO

Na prática do cuidado à criança, adulto e idoso em situação de dor crônica ou outras condições que estabeleciam dependência total da assistência de enfermagem, numa interação permeada de sentimentos de compreensão, acolhimento, medo e angústia, vivenciamos a percepção acerca do prazer e do sofrimento envolvidos na arte do cuidar.

Causava-nos absoluta inquietude trabalhar conforme modelos desenhados e aplicados uniformemente a distintos pacientes em horários definidos pela conveniência do serviço, processando registros e planos de condutas que representavam o trabalho coletivo definido unilateralmente. Buscávamos compreender porque o trabalho executado se estabelecia a partir de normas e padrões por vezes inflexíveis, não moduláveis e definidos sem a participação da enfermeira<sup>1</sup> encarregada da assistência.

Não ao acaso, certamente já conhecendo os conflitos intra e intersubjetivos que permeavam o trabalho multidisciplinar em saúde, desempenhamos a função de enfermeira do trabalho em uma organização hospitalar privada, onde percebíamos que a ocorrência do sofrimento no trabalho e na saúde mental não era tema contemplado no planejamento dos programas de promoção da saúde implementados.

Era da competência técnica da enfermeira do trabalho motivar os trabalhadores a participar dos programas de promoção da saúde, definidos pela obrigatoriedade de se fazer cumprir determinações legais, mas fazê-lo frente a tantas dúvidas e inquietações se constituía em nosso dilema profissional. Participando do processo de realização do exame médico ocupacional, observávamos a ocorrência do sofrimento. Então, como demonstrar esse evento tão permeado de subjetividade sem transgredir a ética profissional?

Outra vertente era a ocorrência do adoecimento demonstrado pelo serviço de saúde ocupacional através de um crescente número de registros de males psíquicos menores, transtornos mentais e sinais e sintomas psicossomáticos. Esses sinais de sofrimento psíquico eram compreendidos, no âmbito da gestão, como consequência exclusiva dos fatores de cunho pessoal. O acompanhamento destes casos limitava-se ao tratamento médico e acompanhamento administrativo individualizado, sem referências às alterações na forma como se estabelecia a organização do trabalho da enfermeira.

---

<sup>1</sup> Nesse trabalho, por considerar a predominância das mulheres na profissão, optamos pelo gênero feminino como representativo da categoria.

Buscando compreender os fatores que levavam as enfermeiras ao serviço de saúde ocupacional na tentativa de alcançar alívio medicamentoso para os males físicos a que se referiam, conduzíamos a consulta de enfermagem a uma comunicação informal e livre de julgamentos, escutando freqüentemente o discurso que evidenciava o comprometimento da auto-estima, por exemplo.

Na fala das enfermeiras, muitas vezes interrompidas por soluços, choro ou pausas acompanhadas de um olhar distante, não foram observadas apenas sinalizações do desencantamento com a profissão e também a implementação de normas inflexíveis que limitavam a capacidade criativa no trabalho a ser executado, a escassez da autonomia no cuidar e na tomada de decisões, e um rigoroso alinhamento aos padrões impostos sob forma de comando autoritário eram relatados com certa indignação.

Somavam-se a esse discurso, ainda, o relato de se sentirem desvalorizadas e a percepção de compor a equipe de enfermagem apenas como mais um elemento facilmente substituído. Para a manutenção do vínculo empregatício, as enfermeiras relatavam que era necessário que se comportassem como cuidadoras emocionalmente estáveis, caso não desejassem ser responsabilizadas pela ruptura do equilíbrio institucional, à medida que deslocavam seu foco de sofrimentos para o âmbito do trabalho. Todos os sentimentos se potencializavam na vivência do sofrimento em um contexto de relações interpessoais, relatadas como predominantemente competitivas e permeadas de conflitos nos diferentes níveis hierárquicos.

No serviço de saúde ocupacional, a proporção que escutávamos estes relatos, identificávamos um crescimento no registro de sinais e sintomas significativos para sinalizar a ocorrência de sofrimento psíquico, como a inapetência ou compulsão para comer, a ansiedade, inquietação, irritabilidade no local de trabalho, por vezes extensivas ao âmbito familiar.

O estado depressivo transitório, o sono conturbado e as dificuldades de concentração eram fatores associados à ocorrência de acidentes no trabalho e classificados, na análise dos acidentes, como ato inseguro por falta de atenção durante a execução da atividade. Essa situação gerava um acentuado grau de desconforto na enfermeira, pois deslocava a culpa exclusivamente para a sua inabilidade de conduta pessoal, podendo ser interpretada como falta de compromisso profissional. Nessas circunstâncias, não se valorava suas queixas relativas ao sofrimento, causador do rebaixamento do tempo de respostas e concentração no trabalho.

Para assegurar um estado de equilíbrio biopsicossocioprofissional, a enfermeira elabora estratégias de enfrentamento e, através da negação ou racionalização do sofrimento,

fortalece um sentimento de pertença ao reconhecer no papel de cuidador o resgate do prazer e da satisfação profissional.

Nesse sentido, contrariando as referências sobre o sofrimento inerente à natureza do trabalho em saúde e em enfermagem, que expõe os profissionais a um contato constante com a dor, a doença e a morte, emergiam enfaticamente no discurso das enfermeiras o reconhecimento do papel de cuidador como fator integrante da mobilização do sofrimento em prazer. Para elas, ao se compadecer com a dor e o sofrimento do paciente, ao mesmo tempo em que sofriam, percebiam-se como detentoras de um conjunto de conhecimentos capaz de inibir e atenuar, transformar e ressignificar a dor do outro. Era a utilidade do saber-fazer, que lograva reconhecimento profissional e fortalecia a sua identidade profissional e a vivência do sentimento de prazer no trabalho.

Para compreendermos a interpenetração dinâmica do trabalho, sofrimento-prazer, processo saúde-doença e estratégias defensivas contra o sofrimento, utilizamos o conceito da psicodinâmica do trabalho de Dejours (2005, 1999, 1993, 1994, 1992), podendo apreender o trabalho da enfermeira como sendo uma situação reveladora de sofrimentos, à medida que esta conflita a sua história pessoal, seus projetos, desejos e motivações com os constrangimentos engendrados em uma organização do trabalho que a ignora.

O aspecto do sofrimento no trabalho da enfermeira só é de alguma forma constatada pelo gestor do processo à medida que interfere na qualidade, eficácia e eficiência do cuidado prestado. Admitir o sofrimento apenas na dimensão do resultado do processo de trabalho é uma concepção absurda, já que o sofrimento esta presente em todo o processo de trabalho.

Os trabalhadores vivenciam sofrimentos provenientes não apenas do universo do trabalho, mas do seu cotidiano pessoal. Eles não hesitam em enfrentar o sofrimento e consideram o trabalho como um campo propício para que possam ressignificar as experiências pessoais que os incomodam, pois, à proporção que se mantêm em ação, desviam os sentimentos de dor pessoal, e fortalecendo-se na inter-relação com os colegas, favorecem trocas e busca de conforto. Enfim, transformam o sofrimento de suas vidas em novas experiências e novas criações. Não é possível atuarmos sobre eventos que permanecem na obscuridade do universo pessoal e social. Faz-se mister admitir o sofrimento como o primeiro passo no caminho de sua superação.

Do pressuposto apreendido a partir de Dejours, concluímos que o trabalho pode caminhar no sentido de ser fonte de prazer e permitir o reencontro do sujeito com a situação do trabalho, beneficiando a elaboração de um modo operativo criativo que permita ajustar o funcionamento psíquico da enfermeira ao trabalho que ela realiza. Dessa forma, é possível

beneficiar a identidade e o aumento da resistência ao risco constante de desestabilização psíquica e somática que ela vivencia, transformando o sofrimento em prazer.

Diante desse contexto, nos motivamos a investigar a organização do trabalho da enfermeira, constituindo como questão norteadora: Como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do sofrimento-prazer no trabalho da enfermeira?

Buscando alcançar respostas, definimos como objetivos:

- Analisar como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do sofrimento-prazer no trabalho da enfermeira, numa abordagem da psicodinâmica do trabalho.
- Identificar estratégias individuais e coletivas utilizadas no trabalho para ressignificação do sofrimento no trabalho em prazer.

Sabe-se que no sistema de cuidados à saúde, o hospital se configura como uma organização complexa, onde atuam diversos agentes detentores de conhecimentos específicos que são utilizados direta ou indiretamente no alcance do mesmo fim útil, o cuidado ao paciente. É a partir desse cuidado que se dá a busca pelo reconhecimento do valor profissional.

Assim, se considerarmos a centralidade do trabalho na construção da identidade humana, poderíamos afirmar que esse complexo ambiente de trabalho (e vida) encontra-se envolvido em um tenso mar de relações socioprofissionais. São diferentes atores sociais em um fragmentado processo do cuidar, vivenciando uma nítida demarcação de saberes e poderes, na mesma ocasião em que se dá uma interpenetração de fazeres que pressupõem uma articulada utilização de confiança e cooperação para superarem juntos as contradições existentes na organização do trabalho prescrito.

Desse modo, adentra nesse cenário socioprofissional a gestão ordinária do trabalho, que estabelece a dimensão técnica e ética da sua execução, sem considerar a totalidade de situações inusitadas que se apresentam na prática do cuidado em saúde. A práxis em serviços de saúde é permeada pela subjetividade da dimensão humana que determina comportamentos particulares e não previsíveis, exigindo do cuidador a adoção de iniciativa, de criatividade e inventividade e que configuram a existência de uma inteligência prática. É o trabalho real que se confronta com o trabalho prescrito pelos gestores e ambos coexistem à custa de relações conflituosas.

É nesse cenário, favorável às vivências do sofrimento no trabalho, que se encontra a enfermeira, sujeito social articulado com seus pares e com outros agentes da equipe multiprofissional, e que elabora uma trama de estratégias para assegurar a sua normalidade biopsicossocial. Identificamos que muitos fatores favoráveis ao sofrimento psíquico da enfermeira estão vinculados à forma como se estrutura o seu trabalho; e foi a partir desta identificação que surgiu a opção pela análise da dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho, numa perspectiva da psicodinâmica do trabalho, que focaliza a organização do trabalho como uma categoria analítica intrinsecamente vinculada às vivências do prazer-sofrimento e adoecimento no trabalho.

Dessa maneira, buscamos constituir como lócus da pesquisa um hospital geral de grande porte, que possui um serviço de saúde do trabalhador estruturado e que, por esse motivo, poderia contribuir fornecendo dados empíricos sobre a saúde das enfermeiras, o que contribuiria para a análise sobre a dinâmica do prazer-sofrimento-adoecimento no trabalho. Entretanto, nossa solicitação nesta organização foi indeferida.

A esse respeito, Mendes (2007) relata que a participação das organizações formais, públicas ou privadas, nas pesquisas de psicodinâmica, com uso de entrevistas, especialmente as coletivas, tem sido restrita, e que a maior parte das pesquisas tem sido viabilizada através de organizações informais, como os sindicatos.

Acreditamos que a restrição por parte de organizações formais se assenta no temor de que se possa revelar uma organização do trabalho que conflita com a identidade dos trabalhadores e que reforça a prática de relações conflituosas de poder, subjugação e humilhações no alcance de resultados de maximização do capital. A opção pelo modelo de decisão linear inviabiliza a participação e comunicação entre os pares e obstaculiza a construção de acordos de convivência social, referendados pelo coletivo de trabalho.

Não fosse essa concepção equivocada, os gestores poderiam conceber a participação ativa na estruturação das normas e regras organizacionais, permitindo que as enfermeiras construíssem uma consciência coletiva através do pensar e do falar sobre o seu trabalho, fortalecendo a categoria e contribuindo para a mudança das condições, organização e relações do trabalho; um ganho real para todos os atores que contracenam nesse palco da vida.

Por certo que o temor dos gestores também se assenta na possibilidade de se vincular estritamente à organização a culpa pela ocorrência do sofrimento no trabalho. A psicodinâmica não intenciona definir o sofrimento no trabalho como limitado exclusivamente aos aspectos micro-organizacionais, mas busca focalizar os fatores do âmbito do trabalho que são considerados como desencadeadores dessas vivências. A organização do trabalho da

enfermeira é um caminho para a viabilidade de transformação do sofrimento psíquico em sofrimento criativo, motivação, entusiasmo e prazer no trabalho.

Nesse sentido, visando obter dados relacionados aos gestores e às enfermeiras hierarquicamente subordinadas a essa gestão, utilizamos técnicas de coleta de dados recomendadas na metodologia da psicodinâmica do trabalho e que possibilitaram a obtenção de diferentes olhares sobre o tema estudado. Os resultados foram submetidos à análise por triangulação de dados, buscando extrair o sentido da organização do trabalho na dinâmica do prazer e sofrimento.

Estudar o trabalho das enfermeiras pode ajudar na elaboração de novos modelos organizacionais a serem implementados pelos gestores no sentido de atenuar ou eliminar a ocorrência do sofrimento e a sua transformação em prazer. Nesse sentido, potencializa-se os resultados satisfatórios para as partes envolvidas nesse processo de trabalho, quer pelo ganho da qualidade no cuidado prestado por profissionais motivados e inventivos, quer pela redução do ausentismo gerado em função do adoecimento resultante do sofrimento no trabalho, quer pela adoção de regras e padrões aplicados na prática, com o envolvimento das enfermeiras que participaram de sua elaboração.

Nosso interesse em estudar a organização do trabalho da enfermeira se consolidou no pressuposto de que uma organização do trabalho, permeada de confiança, cooperação e comunicação entre os pares e os gestores, pode instaurar a construção dialética do trabalho prescrito, numa política de ganha-ganha para todos os atores sociais envolvidos na prática do cuidado em enfermagem.

Esse é um caminho alternativo e contrário ao modelo organizacional inflexível e autoritário, com distanciamento e pressões psíquicas contínuas que favorecem a percepção de indignação, frustração, sofrimento e adoecimento no trabalho.

Podemos referir que, conforme se evidenciou nesse estudo, o papel da enfermeira como sujeito coletivo e proativo, capaz de contribuir significativamente com a reflexão e construção de novas formas de organização do trabalho. A identificação das mobilizações subjetivas elaboradas pela enfermeira para atenuar, sublimar ou negar o sofrimento inerente ao trabalho poderá atribuir valor adicional ao estudo.

Refletir sobre novas formas de organização do trabalho da enfermeira que assegurem o reconhecimento socioprofissional e a livre utilização do seu potencial inventivo e criativo encoraja-nos a prosseguir estudando.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para uma reflexão mais profunda sobre a organização do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, e que fomente a participação e o

despertar para as vivências de experiências singulares permeadas de confiança e cooperação:  
um caminho para a transformação do sofrimento em prazer no trabalho da enfermeira.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A EVOLUÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O trabalho sempre se constituiu em uma atividade humana, na qual os indivíduos cooperavam entre si para atingir o resultado final, um produto ou bem de consumo.

A vida sem o trabalho era reservada aos eleitos de Deus, que deveriam se ocupar com a oração de contemplação divina. A palavra trabalho, originária do latim *tripoliare*, significava instrumento de tortura e punição, assumindo assim a idéia de sofrimento. Na medida em que os homens se viram obrigados a trabalhar, observou-se a organização deste trabalho acompanhado de uma supressão do desejo pela necessidade real de subsistir.

Nosso entendimento, a partir de leituras diversas, é que o trabalho sofreu e vem sofrendo diversas alterações compatíveis com o crescimento demográfico, avanços tecnológicos e industrialização do processo produtivo. A qualidade de vida e de trabalho sempre foi alvo de reivindicações por parte dos trabalhadores, e a luta pela sobrevivência representou a primeira expressão de preocupação com a saúde, traduzida pelo ganho do não morrer no desempenho das penosas condições do trabalho.

No século XVIII, a Revolução Industrial alterou profundamente as condições de vida do trabalhador braçal, provocando inicialmente um intenso deslocamento da população rural para as cidades, com enormes concentrações urbanas. A produção em larga escala e dividida em etapas distanciou o trabalhador do produto final. Na esfera social, o principal desdobramento da Revolução foi o surgimento do proletariado urbano, vivendo em condições deploráveis, tendo o cortiço como moradia e submetido a salários irrisórios. Era o trabalhador facilmente explorado, devido, também, à inexistência de leis trabalhistas.

Denúncias contra longas jornadas de trabalho, precariedade das condições sanitárias e de alimentação, periculosidade do trabalho, trabalho infantil e feminino e repressão exercida pelo governo contra as manifestações coletivas dos trabalhadores fabris integravam os movimentos trabalhistas na Inglaterra, evoluindo lentamente em suas reivindicações, originando os primeiros sindicatos modernos.

A insatisfação generalizada por parte dos operários não era a única característica que figurava no panorama geral após a Revolução Industrial. Segundo Chiavenato (2000), uma imensa variedade de empresas com problema de desperdício, baixa rendimento, intensa

concorrência, dentre outros elementos clamava por uma abordagem administrativa mais científica, que substituísse a improvisação reinante nos parques industriais.

É nesse contexto, ainda, segundo esse autor, que surgem dois trabalhos pioneiros, preocupados em aumentar a eficiência da indústria: a teoria da Administração Científica, um modelo americano desenvolvido por Frederick Taylor e o modelo europeu, a teoria Clássica da Administração, elaborada por Henri Fayol.

Se, por um lado, Taylor dava ênfase às tarefas, por outro Fayol preconizava o aumento da eficácia e eficiência da empresa a partir da reformulação da sua estrutura organizacional, isto é, pela forma, disposição e inter-relação dos órgãos componentes da empresa. Embora as duas Escolas não tenham se comunicado entre si e tenham partido de pontos diferentes, se complementavam com relativa coerência (CHIAVENATO, 2000).

A teoria da Administração Científica se preocupava com o método de trabalho. Taylor realizou um estudo de tempo e movimentos através de um padrão preestabelecido de execução das tarefas. Esse cuidado analítico e detalhista permitiu a especialização do operário e o reagrupamento de movimentos, operações, tarefas e cargos; uma verdadeira engenharia industrial elaborada dentro de uma concepção pragmática, que estabelecia uma marcada divisão do trabalho entre os que detinham o conhecimento total da operação e os que executavam as tarefas. Aliás, esses últimos eram considerados como de natureza preguiçosa, indolentes e pouco inteligentes; insensíveis às necessidades organizacionais, e precisavam ser conduzidos (CHIAVENATO, 2000; SELIGMANN, 1994).

Para Seligmann (1994), o Taylorismo, ao reafirmar a importância da divisão técnica funcional, colocava o trabalhador na condição de mero instrumento de uma das etapas da produtividade, com supressão do seu potencial participativo e criativo, favorecendo o estado de alienação e insatisfação profissional.

A esse respeito, Chiavenato (2000) expõe que, embora Taylor se preocupasse mais com a essência da Administração Científica, cuja prerrogativa exigiria uma revolução mental por parte da direção e dos operários para assegurar o objetivo de prosperidade a ambos, o que ocorreu na prática foi a otimização das técnicas com maximização do capital em detrimento da qualidade de saúde dos trabalhadores.

A deterioração da saúde mental observada à época do taylorismo seria previsível se o trabalho fosse concebido como um processo de transformação que se dá mediante o envolvimento simultâneo do agente transformador, dos instrumentos que o próprio agente insere e do objeto do trabalho, numa inter-relação dinâmica com outros agentes integrantes do mesmo processo de trabalho (PEDUZZI, 1998).

A fragmentação do processo de trabalho e a hierarquização cada vez mais inflexível na estrutura das organizações favoreceram o isolamento do trabalhador, o que acabou por deteriorar a sua saúde mental e, em consequência, a queda da produtividade esperada. Fazia-se urgente a adoção de novas estratégias que assegurassem a manutenção da força de trabalho. Em paralelo, graças ao desenvolvimento das Ciências Sociais, especialmente à psicologia, surge a preocupação com as pessoas e os grupos sociais, numa transição dos aspectos técnicos formais para os aspectos psicológicos e sociológicos.

A abordagem humanística, que ocorre com as idéias da Filosofia Pragmática de John Dewey e da Psicologia Dinâmica de Kurt, foi fundamental para a consolidação da Teoria das Relações Humanas, em 1930, que teve como fundador Elton Mayo. Esta teoria apontava a preocupação com a deterioração da saúde mental e com os aspectos relativos ao conteúdo da tarefa, tais como flexibilidade, ritmo e velocidade do trabalho, que se contrapunha àquela forma de produção taylorista/fordista, numa reflexão que preconizava a organização como grupo de pessoas e focava a figura do ser humano no processo produtivo.

Entre 1924 e 1932, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos realizou duas pesquisas com o objetivo de avaliar os fatores relacionados ao elevado índice de rotatividade e eficiência entre a iluminação e a produtividade. Constatou a nítida influência das relações humanas no trabalho e que o nível de produção era determinado por normas sociais e expectativas grupais. Quanto maior a integração social no grupo de trabalho, tanto maior seria a disposição para produzir (CHIAVENATO, 2000).

Enquanto o taylorismo/fordismo traçava o caminho da disciplinação planejada, a psicossociologia procurava garantir a suavização das coerções contidas nas formas de gerenciar e estruturar a organização do trabalho (SELIGMANN, 1994). A gestão, que colocava o trabalhador como instrumento de produção, é substituída pela visão que o coloca na posição de sujeito eficiente, criatura pensante, co-responsável e valorizado no seu ambiente de trabalho. Na busca da produtividade competitiva, nasce um novo paradigma industrial que se caracteriza pela estruturação de um sistema organizacional participativo.

Para Pizzanato (1985, p.85), “o homem só se realiza integralmente se participar efetivamente das decisões que vão afetá-lo enquanto trabalhador, membro de uma organização”. Desse modo, buscava-se, pelo menos no discurso, colocar o trabalhador, tido como insumo da produção, no modelo taylorista.

O modelo industrial verticalizado e com milhares de trabalhadores sob o mesmo teto sofreu alterações significativas. Segundo Antunes (1995), primeiro em função das mudanças tecnológicas, especialmente das chamadas mutações tecnocientíficas da era informacional, e

segundo como resposta do capital às lutas sociais na Europa e na América Latina, nos anos de 1968, 1969, 1970, que questionavam o controle social da produção. Todos esses fatores, as lutas sociais, a crise estrutural do capitalismo, a superprodução, o envelhecimento do sistema taylorista/fordista, a tendência decrescente das taxas de acumulação, fizeram com que o capitalismo mudasse um pouco sua forma para que pudesse continuar sendo o capitalismo.

Numa coerente reflexão, o autor prossegue afirmando que o universo do trabalho sofreu importantes alterações, tais como redução quantitativa do operariado estável; crescimento do emprego na área de serviços e a expansão do terceiro setor; a crescente feminização do trabalho; valorização da qualificação entre uma minoria de trabalhadores polivalentes e multifuncionais da era informacional. Em contrapartida com a desqualificação da grande massa de trabalhadores precarizados; fragmentação e desarticulação da força de trabalho e de suas entidades representativas, entre outras, o que para o autor não se configuram como tendência passível de ser generalizada e que caminha numa só direção. Para ele, trata-se de um processo contraditório e multiforme, que permite inferir que o operariado não desaparecerá tão rápido, fundamentalmente porque a eliminação da classe-que-vive-do-trabalho não é uma perspectiva possível, nem mesmo num universo distante.

## 2.2 O TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

O mundo moderno, com seus valores de progresso e qualidade de vida, vem promovendo transformações nos destinos da vida em comunidade, dos laços sociais e da vida privada do homem contemporâneo, de forma surpreendentemente assustadora, tornando o trabalho uma das questões mais complexas da atualidade (MARTINS, 2007).

Barreto (2003) comenta sobre essas profundas repercussões, tomando como móbil a crise do capitalismo que representou, não apenas nos países industrializados, profundas transformações no mundo do trabalho e das relações sociais, e que inscreveu novas formas de produzir e gerir os modos de viver e sobreviver da classe trabalhadora.

O avanço da tecnologia, a automação e a robótica redefiniram a divisão do trabalho, impondo uma nova visão de gerenciamento que mantivesse o aumento contínuo da produção, somada agora à garantia da qualidade da produção, caso a empresa almejasse se estabelecer competitivamente no mercado. No sentido de assegurar a qualidade, o baixo custo operacional e a alta lucratividade, o modelo capitalista fragmentou, heterogeneizou e complexificou o

processo de trabalho. Surge a diversificação na natureza do vínculo empregatício e, com isso, um crescente fenômeno, o número de trabalhadores avulsos, informais ou cooperativados, todos privados dos direitos trabalhistas que são assegurados ao trabalhador formal. Cabe ao trabalhador apresentar qualificação profissional, escolaridade e polifuncionalidade caso almeje desocupar a posição de desempregado (BRANT, BRASIL, 2005; BARRETO, 2003).

Em um estudo quantitativo sobre o processo de trabalho de operadores de telemarketing, Fernandes *et al.* (2003) assinala que essas mudanças são provenientes das diversas transformações na esfera cultural, social, econômica e política da sociedade e aponta, na sua conclusão, a necessidade de se assegurar uma maior autonomia do trabalhador na reestruturação das relações no ambiente de trabalho e a percepção do subjetivo na política de gestão de recursos humanos.

Encontramos de fato uma vasta produção do conhecimento a respeito da categoria trabalho, suas características e repercussões na saúde do trabalhador, sendo as mazelas provocadas sobre a saúde mental o objeto preferido dos pesquisadores. Esse olhar não se dá por modismo. Para Jaques e Codo (2003), a noção de que o trabalho pode ser responsável pelo sofrimento é óbvia e observável no rosto e no andar das pessoas, no olhar de desistência e nas marcas de rugas precoces do trabalhador braçal.

A complexidade do trabalho instaurou uma diversidade de correntes do pensamento e distintos métodos analíticos na construção do seu conhecimento. A convergência dos autores fica evidente na constatação de que o trabalho provoca desgaste, e que este não ocorre tão-somente por processos naturais na dimensão biológica, mas que os fatores psicossociais também são fundamentais, embora a compreensão sobre o significado do trabalho comporte inúmeras interpretações acerca da sua relação no processo saúde-doença.

Já na reflexão de Barreto (2003), no trabalho contemporâneo a política de recursos humanos adquire uma nova dimensão no controle dos trabalhadores: novas técnicas de adestramento dos corpos são aperfeiçoadas e controles mais sutis através de uma política do vestir a camisa da empresa. Os trabalhadores são incentivados a aderir a programas de qualidade de vida que objetivam elevar a auto-estima, a afetividade e a empatia, prometendo a satisfação dos desejos individuais vinculados ao sucesso empresarial.

E o que é qualidade de vida dentro das empresas? A autora prossegue afirmando que se trata de programas limitados e que ignoram o sofrimento mental e moral do trabalhador; a falta de liberdade e de autonomia dos sujeitos; a hierarquização dos postos de mando e a organização e os conflitos existentes no trabalho.

Os programas de qualidade de vida são difundidos em grandes empresas que oferecem espaços destinados à prática de dança, ginástica, cultura e lazer, ao que nos parece, buscando fixar a responsabilidade pela qualidade de vida e saúde no trabalho, exclusivamente na mão do trabalhador.

Muitas vezes escutei a frase: a empresa está fazendo a sua parte (que parte?). Não é possível desviar o olhar da prevenção das doenças e assumir a existência de condições no e do trabalho, que permitem o adoecer para uma visão exclusivamente focada na promoção da saúde, e que valida o conceito de saúde-doença como uma questão de escolha pessoal do trabalhador.

Coexistindo com o investimento institucional para assegurar a saúde do trabalhador numa política da promoção da saúde, observamos a ideologia dominante de excelência e desempenho. Na prática, a eficácia, a eficiência e o ótimo potencial de desempenho requerem que se produza cada vez mais e melhor, diversificando e reduzindo tempo e dinheiro em prol da satisfação do cliente e, é claro, do capital. Não se aponta o encontro dialético entre as ações de promoção e prevenção entre os gestores e o coletivo de trabalho como um caminho necessário para se atenuar o sofrimento e os agravos à saúde.

A concepção de que trabalhar pode levar o indivíduo a adoecer é assumida com polidez e normalidade, se constituindo em evento previsível no universo do trabalho. Isso coexiste com a banalização da necessidade de se implementar medidas que harmonizam os interesses do capital e do trabalhador. Nesse sentido, a organização do trabalho prescrita pode atuar desfavoravelmente à saúde do trabalhador, à medida que se vincula exclusivamente a lógica reinante da acumulação flexível do capital, se contrapondo à centralidade do trabalho na construção do sujeito e na viabilidade social dos desejos e aspirações pessoais.

A noção de que o trabalho representa um fator fundamental para a construção da vida material e psíquica do indivíduo não pode ficar esquecida em detrimento da máxima do capital. Segundo Lunardi (1995), o trabalho é o meio pelo qual o sujeito se relaciona e busca atender às suas necessidades.

Essa concepção de centralidade do trabalho instaura, segundo Dejours (1993), um paradoxo de que o objetivo da produção é para o mundo exterior da empresa promessa de felicidade, enquanto no seu interior é freqüentemente promessa de infelicidade.

Ao desconsiderar a transição entre o homem e a máquina, alguns segmentos enxergaram na robotização a exclusão do trabalho humano. Diversos estudiosos consideram um erro de concepção a condenação do trabalho humano à extinção, e defendem a

centralidade do trabalho, pontuando que o movimento produzido pelo tecnicismo e automação dos processos produtivos encontra-se muito distante de representar o fim do trabalho.

De fato, as máquinas ocuparam espaços no chão das fábricas, mas a tecnologia acabou por empurrar os trabalhadores a um plano de multifuncionalidade, de velocidade do pensar e agir em um mercado de capital flexível, ou ainda para a informalidade, surgindo com força total a precarização do trabalho.

Nessa espécie de metamorfose do trabalho, projeta-se uma crescente valorização do saber do trabalhador como atributo que se traduz em maior lucro e produtividade. Na era da informação, o conhecimento é considerado moeda de lucro, determinando muitas vezes a garantia de estabilidade no vínculo de trabalho.

Na verdade, o que persiste no Brasil é a coexistência de processos de produção modernos, com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados, ao lado de formas arcaicas, artesanais e escravizantes da prática laboral, algumas mais novas, outras mais velhas. Porém, segundo Jaques e Codo (2003), todas inseridas num contexto que busca tecer em nossas mentes uma nova construção da realidade. Reconstroem-se novas crenças como, por exemplo, a de que a organização do processo de trabalho dá-se a partir de novos paradigmas, nos quais a Escola da Administração Clássica já não deve ser adotada.

Dejours (2004) convoca a evolução tecnológica a melhorar as condições de construção da saúde no trabalho, a partir da recomposição das tarefas e do surgimento de novas atividades que solicitem mais à imaginação, à inventividade, à criatividade.

Por fim, utilizando-nos de Antunes (1995) concluímos que a classe trabalhadora foi ao longo dos séculos XIX e XX predominantemente associada à idéia de trabalhadores manuais, fabris, egressos quase que exclusivamente do mundo industrial taylorista e fordista, desprovidos da atividade inventiva e pensante sobre o seu processo de trabalho. Preconizou-se nesse modelo de fragmentação e nítida divisão das tarefas, uma desvalorização do humano e o fortalecimento da mecanização do processo produtivo.

Faz-se mister assumirmos uma noção contemporânea e ampliada da classe trabalhadora que nos possibilite melhorar a potencialidade analítica da categoria trabalho, captando os sentidos e as forças propulsoras das ações e dos embates que emergem no mundo em escala global e, desse modo, conferir maior vitalidade teórica e política ao mundo do trabalho contra a desconstrução intentada a este nas últimas décadas.

### 2.3 ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO DO TRABALHO

O conhecimento de que o trabalho adocece é milenar. A legislação mundial, inclusive a do Brasil, reconhece a relação de causa e efeito de vários agentes físicos, químicos e biológicos na produção de doenças ocupacionais. Ocorre, entretanto, mesmo em países economicamente avançados, a não contemplação do quesito organização do trabalho, enquanto fator morbigênico em si, em que pese o crescente número de evidências (PITTA, 1994).

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre trabalho e o processo saúde-doença. Nessa acepção, a saúde e a doença devem ser consideradas como um processo dinâmico, estritamente articulado com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade num dado momento histórico (BRASIL, 2001).

Aspectos do trabalho, tanto ambientais como organizacionais, presentes na vida dos indivíduos, famílias e conjunto da população, devem ser contemplados no momento da formulação de políticas públicas para proteção do trabalhador. Faz-se mister assegurar um olhar ao trabalhador, sujeito de um adoecimento específico.

No Brasil, somente na década de 1940 é que os problemas causados pelo trabalho começaram a ser estudados. Data dessa época a fundação da Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho. Posteriormente, passou a vigorar a CLT (1943), o FGTS, e mais precisamente, as Normas Regulamentadoras, através da Portaria 3.214, de 1978, que estabelece obrigações das empresas em relação aos trabalhadores (HAAG, 2001).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde, na Conferência Mundial de Saúde em Alma Ata, reafirmou o conceito de saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Nessa Conferência, foram difundidos os princípios dos cuidados primários de saúde e que esses deveriam ser levados aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (BARRETO, 2003).

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É antes de tudo, o resultado da formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades (HAAD, 2001).

As ações no campo da saúde do trabalhador são legalmente definidas e incluídas na agenda da atenção básica da saúde, devendo ser implementadas e elaboradas nas empresas

regidas pelo regime da CLT, através dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), na observância das Normas Regulamentadoras definidas na Portaria 3214, cabendo ao SESMT elaborar, executar e analisar o Programa de Controle Médico e Saúde do Trabalhador (PCMSO).

Essa preocupação legal com a saúde do trabalhador surge em resposta aos movimentos de massa ocorridos em meados dos anos 70 a 80 que conduziram o Brasil ao processo da Reforma Sanitária e, com ela, uma reformulação no conceito de saúde pública, incluindo a saúde do trabalhador.

O texto da Carta Magna, em seu artigo 200, afirma ainda que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) executar as ações de saúde do trabalhador. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) regulamentou a Saúde do Trabalhador citando-a em vários dispositivos, definindo no seu artigo sexto que a configuração da Saúde do Trabalhador deve se dar no âmbito do direito à saúde como competência do SUS, a partir de uma abordagem multiprofissional e participação pró-ativa do trabalhador (BRASIL, 2001).

No intuito de contribuir com o avanço dessas ações na rede básica, se elaborou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS). Compete aos que são responsáveis pela oferta de serviços de saúde aos trabalhadores fazer os ajustes necessários para torná-las viáveis (BRASIL, 2001).

A implementação do SUS, em 1990, significou a conquista do acesso universal à saúde sem, contudo, apesar das NOST/SUS, assegurar a expansão do acesso dos trabalhadores aos serviços públicos de saúde do trabalhador. Proliferou nos últimos anos o desrespeito ao valor social do trabalhador, e as relações precárias de trabalho em saúde testemunham a favor dessa perspectiva.

Considerando a necessidade de distinguir alternativas para solucionar a desprecarização do trabalho em saúde e as conseqüências nocivas que este fato acarreta para os trabalhadores, e visando a necessidade de emissão de normas e de mecanismos para viabilizar a desprecarização, grupos de estudo constituídos de segmentos dos trabalhadores, gestores e empregados, são reinstalados através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Faz-se imprescindível assegurar a humanização nos processos de trabalho em saúde. As instituições devem possuir espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, admitindo a existência de um trabalho que efetivamente se realiza no cotidiano, e que frente aos imprevistos, exige um pensar criativo e um melhor modo de realizar a tarefa, extrapolando o trabalho que foi prescrito pelos gestores do processo de trabalho.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem buscado fomentar, através do Humaniza SUS, um modelo de gestão na rede de serviços públicos de saúde que integre os processos de trabalho e assegure a autonomia dos sujeitos coletivos nas práticas de atenção e de gestão. A nosso ver, entretanto, todo o construto normativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em diferentes meios de comunicação encontra-se distante de concretizar as mudanças que assegurem a desprecarização e a humanização dos processos de trabalho em saúde. Vale ressaltar que as políticas públicas de saúde do trabalhador mantêm-se ainda mais distantes de estabelecer efetivas ações de controle e fiscalização da rede privada de prestação de serviços de saúde.

Haad (2001), a partir de outros autores, comenta que a atuação interdisciplinar de atenção à saúde do trabalhador envolve três aspectos fundamentais: o legal, que disciplina o cumprimento das normas de segurança e saúde no trabalho; o educacional, que representa a capacitação dos trabalhadores para prevenção e controle de agravos por agentes nocivos; e o técnico, que engloba uma vasta gama de conhecimentos, desde o método de trabalho aos aspectos comportamentais para a obtenção de condições favoráveis à segurança e saúde do trabalhador.

Para que se torne efetiva uma atuação interdisciplinar, será necessário que os trabalhadores da saúde assumam a co-autoria na definição do processo de trabalho, com efetiva participação nos fóruns deliberativos de suas respectivas categorias, exigindo que sejam cumpridas as normas que versam sobre a saúde do trabalhador, ao mesmo tempo em que, conhecendo e reconhecendo as condições favoráveis às vivências de sofrimento no trabalho, atuem como agentes de mudanças.

#### 2.4 TRABALHO EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM

Segundo Jaques e Codo (2003), é crescente o desenvolvimento do setor de serviços. De cada dez novos empregos, nove são do setor de serviços. Dentre as vinte ocupações que mais crescem nos países mais desenvolvidos economicamente, a metade se relaciona com o campo de informática e da saúde, sendo consideradas categorias de risco quanto ao desenvolvimento de distúrbios mentais relacionados ao trabalho.

Nogueira ressalta que a característica do setor saúde, por estar inserido na área de serviços por si só, carrega uma tradição pejorativa, pois a palavra serviço se origina da palavra servo. Acrescenta que no século XX a área de serviços não merecia atenção na dinâmica capitalista. Todavia, na contemporaneidade, adquire importância e transforma-se em uma marca própria da modernidade capitalista, afirmando-se como processo marcado pela clara divisão do trabalho e tecnicidade acentuada.

Pitta (1994) entende que o hospital tem sido um dos locais preferidos da indústria tecnológica, onde o avanço científico exhibe as maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos e insumos que são considerados absolutamente indispensáveis como reflexo de prosperidade social e da saúde.

A partir desse pressuposto, diríamos que, para alavancar o setor saúde no modelo capitalista, as organizações hospitalares necessitam mais que reformar instalações e adquirir novas tecnologias. Precisam absorver uma massa significativa de profissionais especializados, responsáveis pelas ações de alta complexidade ali processadas, e investir igualmente no recurso material para alcançar a eficácia e eficiência que definem a qualidade do serviço prestado, assegurando a geração do capital pelo *turnover* dos pacientes referenciados.

As pessoas que nele trabalham, guardadas as individualidades e peculiaridades dos setores em que atuam, convivem com a doença, com o sofrimento e com certas situações de gravidade que as deixam vulneráveis ao adoecimento (AQUINO, 2000).

Pitta (1994), em seu estudo sobre sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar, alude que o sofrimento resulta da permanente exposição do trabalhador a fatores que produzem doença ou sofrimento no trabalho hospitalar, em função da própria natureza desse trabalho e da forma como ele se organiza. Nesse contexto, podem surgir sinais e sintomas orgânicos e psíquicos indefinidos, que representam o registro perceptível, metaforicamente falando, do pedido de socorro do trabalhador; um grito de socorro que se materializa na esperança de ser percebido. No registro da autora, o cuidado ao paciente no âmbito hospitalar e a forma de organização desse trabalho essencial e contínuo promovem um encontro com a dor, o sofrimento e a morte que se traduz em sofrimento para a enfermeira.

O senso comum aponta como principal disparador das vivências do sofrimento no trabalho da enfermeira o aspecto da dor e da morte no ofício. No entanto, trabalhos como o de Pereira e Fávero (2001) demonstraram que, em relação à situação do trabalho, a categoria definida como o trabalho em si, a atividade de cuidado direto ao paciente surge como a mais citada na motivação para o trabalho. O cuidado direto ao paciente dispara a satisfação, um encontro de sentido com a identidade profissional.

Em contrapartida, o estudo demonstra, entre as situações desmotivadoras, que existe o predomínio da categoria organização do trabalho, haja vista que o modo como somos tratados nas organizações que trabalhamos (as normas, os valores vigentes, o tipo de autoridade e de poder exercido) afetam as ações e os motivos que nos levam a agir.

Maia (2002), recorrendo a outros autores, elabora uma reflexão sobre a enfermagem, que surge como trabalho em um modo de produção capitalista, se organizando dentro do espaço institucional hospitalar, onde a divisão técnica do trabalho assegura aos gestores o controle do processo de trabalho. Acrescenta que o trabalho de gerenciamento que a enfermeira executa nas organizações hospitalares coaduna-se com o modelo de reprodução da mais valia capitalista, transformando-se em um sistema rígido e hierarquizado.

O papel da enfermeira no âmbito hospitalar tem sido apontado como altamente estressante. A responsabilidade assumida, em que pese a autonomia relativa, se configura em uma situação para a qual confluem vários pontos de tensão (ARAÚJO, 2003).

A mesma autora menciona ainda que a responsabilidade da enfermeira na hierarquia institucional deve compreender mais que o controle de qualidade e produtividade; deve buscar o equacionamento dos conflitos e insatisfações do paciente, da equipe de enfermagem e dos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Nós acrescentaríamos: e quem equaciona os seus próprios conflitos?

Necessário faz-se contemplar a identidade nuclear do gênero na análise da dinâmica sofrimento-prazer no trabalho da enfermeira, um trabalho eminentemente feminino. Não se pode negar que as organizações do trabalho desconhecem o fator gênero e o seu papel preponderante em um espaço produtivo, com a acentuada divisão do trabalho, definida por um sistema econômico capitalista, em uma sociedade patriarcal, onde o trabalho feminino é menos valorizado que o masculino.

Impulsionando contínuos embates sociais e mobilizadas pelo desejo de independência socioeconômica, cultural e psicológica, uma legião de mulheres reage à domesticação de seus corpos e à responsabilização pela reprodução humana, e insere-se no mercado formal de trabalho como detentoras de um saber específico e profissionalizante. Corpos de reprodução e de produção que difundem uma nova maneira de pensar a divisão do trabalho e uma renovação na forma de pensar a mulher, dotada de inteligência e capacidade de agir e reagir no inusitado do processo de produção, desviando a subestimação do feminino.

A maioria das mulheres é educada para o trabalho no lar como uma prática útil e necessária à sua formação pessoal. Essa educação e vivência podem despertar-lhe o desejo

por profissões que lhes assegure otimizar o uso de ferramentas e habilidades desenvolvidas na prática da administração do lar e do cuidado com os filhos e o marido.

Nesse sentido, as mulheres adentraram no mercado formal de trabalho e se profissionalizaram sem deixar de realizar a administração do lar e dos filhos. Assim, efetuam dupla e tripla jornada de trabalho. A luta pela divisão equânime das responsabilidades da vida familiar se desvela como caminho para dirimir esse equívoco socialmente difundido e culturalmente aceito.

Hirata (1997) afirma que o fato de a mulher ter um trabalho doméstico não remunerado, de fazer em casa uma série de coisas gratuitamente, por amor aos filhos, ao marido e à família, contribui para a sua percepção de trabalhadora vinculada ao servir, fazendo com que ela seja menos valorizada em outras atividades. Afirma que deve haver uma divisão igualitária do trabalho doméstico entre homens e mulheres, diluindo a concentração do poder em mãos masculinas.

Faz-se, então, indispensável considerar na organização do trabalho da enfermeira as exigências físicas e mentais do trabalho, o número excessivo de horas trabalhadas e o ritmo de trabalho, a insuficiência de repouso e relaxamento que, no caso das mulheres, se revestem de maior importância tendo em vista a alternância do trabalho assalariado e doméstico.

Ao negar as diferenças de gênero, as organizações reforçam a subestimação do trabalho feminino. Uma teia de repercussões sociopolíticas advindas dessa negação constitui-se em conflitos que favorecem a elaboração do sofrimento e obstaculizam a sua transformação em prazer. Nesse sentido, o trabalho pode ser prejudicial para a saúde mental das enfermeiras.

Os estudos das décadas de 1960 e 1970 acerca do trabalho das mulheres estavam apoiados na abordagem da condição feminina, pensada em termos de especificidade e dos papéis sexuais analisados como complementaridade de posições sociais. Já nos anos 1970 e 1980, a reflexão da divisão sexual do trabalho e das relações de gênero chama a atenção para a necessidade de entender as relações de trabalho não apenas na esfera econômica, e também discutindo conceitos sociológicos.

Essa nova orientação da análise das especificidades das práticas e culturas femininas tende a privilegiar a subjetividade e as inter-relações na produção-reprodução, caminhando para o paradigma da transversalidade das relações sociais de sexo. A assimilação desses conceitos nas análises que enfocam saúde e trabalho faz aflorar problemas coletivos que ainda permanecem ocultos quando as diferenças de gênero são negadas (BRITO, 2000).

Nesse quesito, Molinier (2004) refere que não existe neutralidade do trabalho frente à ocorrência de distúrbios somáticos. A autora realizou um estudo sobre a psicodinâmica do

trabalho e as relações sociais de sexo, identificando que é na fase da adolescência que se estabelece o conflito entre a escolha profissional (vetorização inconsciente-sujeito) e as incidências da situação de trabalho sobre a vida psíquica e afetiva do adulto (vetorização sociedade-sujeito). Isto leva a postular uma dupla centralidade, a da sexualidade e a do trabalho, no funcionamento psíquico e na construção da saúde.

Os problemas de saúde no trabalho, segundo Sato (2003), são observados quando há falta de sintonia entre os contextos de trabalho e as pessoas. Adverte para a rigidez dos processos de trabalho, referindo que essa sintonia não é dada, mas deve ser construída. Utilizando-se de Habermas (1987) diríamos que regras e limitações sempre existiram em qualquer organização, em qualquer conformação social e política, e que o problema não está na existência das regras, porém na impossibilidade de negociá-las no mundo vivido e numa lógica instrumental dialogada.

Estudos na área de gestão anunciam que as organizações do século XXI serão caracterizadas por responsabilidade, compromisso, autonomia, risco, incerteza e envolvimento ético. O ambiente, antes marcado pela rigidez e pela disciplina artificial, é substituído por uma essência muito mais humana, estruturada no respeito, na solidariedade, espontaneidade e valores morais. Caberá às organizações de enfermagem investir em iniciativas de mudança e no desenvolvimento de lideranças responsáveis, aumentar a flexibilidade, desenvolver capacidade de aprendizagem, estimular formação de equipes multidisciplinares, intensificar a capacidade de produzir resultados, promover alianças estratégicas, criar redes de conhecimento, gerenciar laboratórios de aprendizagem e fomentar a implementabilidade e as inovações ininterruptas (MENDES, 2000).

A dinâmica do trabalho no hospital não leva em consideração a enfermeira e os problemas que ela vivencia dentro e fora do seu cotidiano de trabalho. A organização de trabalho das enfermeiras deveria propiciar a criação de estratégias para a adaptação ao ambiente de trabalho e ao autocuidado, pois

[...] o homem vive em contínua busca pelo equilíbrio da saúde; mesmo que voluntariamente esteja cometendo agressões ao seu organismo ou sofrendo indiretamente as interferências negativas do mundo que o rodeia, reconhece-se que o desejo fundamental do homem é o de valorização e aperfeiçoamento do seu ser (DANIEL, 1983, p.5).

A partir da base teórica apreendida, diríamos que a enfermeira necessita se apropriar de certa autonomia para transitar em duas importantes dimensões do sujeito: a dimensão da auto-afirmação, como partícipe na modulação da organização do trabalho que executa e na dimensão da integração, como sujeito vinculado ao contexto macro-organizacional na representação do coletivo.

Na percepção de Sato (2003), a enfermeira vivencia inúmeros problemas no processo evolutivo da profissão que estão associados não só às questões históricas, à formação acadêmica, às exigências e deficiências do contexto sociopolítico, mas também aos aspectos relativos ao seu comportamento na dinâmica do processo de trabalho que lhe é imposto. Na tentativa de assegurar a qualidade da assistência, muitas vezes a enfermeira assume condutas e comportamentos delineados pelas normas organizacionais que são prejudiciais à preservação e manutenção da própria saúde.

Nesse contexto, faz-se necessário examinar o elo entre a capacidade intelectual de conceber e fazer escolhas (ajustes favoráveis ao equilíbrio físico e mental) e a possibilidade de operar essas escolhas no meio exterior (flexibilidade das normas), fortalecendo que a noção de autonomia, de individualidade e de autoproteção estejam ao mesmo tempo a favor do produto e do produtor (MORIN, 2000).

Recorrendo a Dejours (1990), poderíamos dizer que o trabalho pressupõe uma busca de cooperação e compreensão entre gestores e enfermeiras a fim de não se configurar a exploração, humilhação e a violência no trabalho. Compete aos gestores estabelecer o mecanismo de escuta e a participação das enfermeiras na definição dos processos de trabalho, e compete, ainda, a cada enfermeira participar da construção de defesas e mediações coletivas elaboradas contra o sofrimento no alcance da auto-realização e da saúde.

Recorreremos à metáfora da pomba, de Kant, apresentada por Ayres (2001) para auxiliar a descrever nossa percepção da enfermeira no universo do trabalho. A metáfora aponta para três aspectos: o aspecto relacional, que representa a indissociabilidade do ar e da asa para que ocorra o vôo, onde nasce o vazio criador da identidade e coloca o sujeito em seu mundo de preenchimentos vividos e vazios sonhados. O aspecto existencial, que define a condição de existir no seu mundo de resistências e vazios, um mundo em que se sonha e se deseja e onde nascem as resistências vividas e sentidas e, por fim, o aspecto pragmático, que tem origem no sonho de ser o ato de voar.

Não é senão em ato que a enfermeira se põe a sonhar com os seus vazios e é no trabalho cercado de resistências que ela plasma a sua identidade profissional. É trabalhando que se dá o ato existencial e, ao sonhar, se constrói uma idéia de sucesso, em um espaço sem

resistência e sem conflitos, onde se possa alcançar a satisfação profissional. Faz-se imperativo enfrentar essas resistências. O sonho, o desejo de transformação e de construção coletiva conduz ao prazer. Assumindo o papel de sujeito do processo, ela interfere no universo do seu trabalho e favorece o preenchimento de seus vazios. Não é senão em ato, em ação e com participação que a enfermeira se faz enfermeira.

Ao reconhecermos o papel estruturante do trabalho na esfera psíquica da enfermeira, assumimos que ele se impõe não apenas na sua jornada diária de trabalho, mas que ultrapassa aquém do espaço da organização e invade o espaço privativo do trabalhador, interferindo nas suas vivências pessoais e profissionais de prazer e sofrimento. Isso posto, se configura uma avaliação errônea pensar que os trabalhadores são capazes de se dissociar das condutas implementadas estrategicamente para vivenciar as dificuldades no trabalho, no momento em que retornam ao seu âmbito familiar.

Podemos concluir que não é possível para a enfermeira, ao chegar em casa, desprender-se de um construto elaborado com fins a salvaguardar a saúde para, tão logo regresse ao trabalho, dele se reapropriar. Da mesma forma, faz-se necessário que o gestor compreenda que o trabalhador leva suas contrariedades mentais consigo e necessita de cooperação de seu círculo de relações mais íntimas para manter suas defesas funcionando ao regressar ao trabalho (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

É urgente reconhecer o papel que o trabalho ocupa na vida da enfermeira e reafirmar os laços de pertencimento grupal que validam a sua identidade social, explorando a intersubjetividade no contexto das relações de trabalho e validando a busca de satisfações, auto-realização e prazer.

## 2.5 DINÂMICAS DO SOFRIMENTO: ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

É uma tendência mundial banir o sofrimento do mundo do trabalho. Dar-lhe visibilidade se faz importante à medida que ele denuncia situações políticas de dominação e resistência, numa mesclagem de prazer e dor através de uma medicalização abusiva (BRANT, 2004-2005).

Apenas para citar alguns exemplos, o mesmo autor afirma que é possível observar-se no interior das organizações o quanto a tristeza é imediatamente nomeada de depressão e o

medo, como paranóia. Essa interpretação do sofrimento como adoecimento não se faz sem conseqüências, já que favorece a discriminação e estigmatização do trabalhador, que fortalece a necessidade de evidenciá-lo. Essa concepção do sofrimento, que presente no senso comum, não deveria funcionar como alicerce para as organizações banalizarem a dimensão do sofrimento no trabalho.

Nos anos 70, Robert Karasek apresentou um modelo de pesquisa que contemplava as relações sociais no ambiente de trabalho como fontes geradoras de estresse, e com repercussões sobre a saúde. Nesse modelo teórico, com foco no modo de organização do trabalho, ele relacionou duas categorias centrais: a demanda de trabalho e o controle sobre o trabalho, correlacionando-os ao risco de adoecimento.

O modelo demanda-controle de Karasek compreende as demandas como sendo pressões de natureza psicológica, quantitativas ou qualitativas. Entre as de natureza quantitativa estão o tempo e velocidade na realização do trabalho, e de natureza qualitativa os conflitos entre demandas contraditórias, com impossibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo (ALVES, 2004).

A dimensão psicossocial nas pesquisas sobre o adoecimento no trabalho aponta para a participação do trabalhador na formulação do seu processo de trabalho, e a adoção de medidas de intervenção na estrutura organizacional, de modo a elevar o controle sobre o trabalho e redimensionar os níveis de demanda psicológica, prevenindo o adoecimento no trabalho.

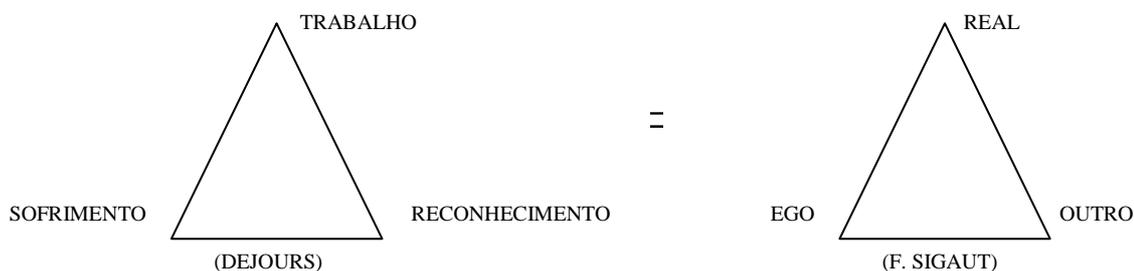
Esse modelo, entre outros que contemplavam o aspecto psicossocial do sofrimento e o adoecimento no trabalho, deslocou o foco do sofrimento apenas na dimensão da dor individualizada que obstaculiza as possíveis indagações acerca da organização do trabalho na queixa de dor.

Brant (2004-2005) define que o sofrimento é o estado de expectativa diante do perigo e uma espécie de preparação para ele, ainda que seja um perigo desconhecido e, nesse sentido, aparece como um sentimento de angústia ou medo quando o perigo é conhecido, ou de susto, quando o sujeito se depara com o perigo sem estar preparado para enfrentá-lo.

O autor cita que o foco de abordagem do sofrimento no trabalho situado no campo estático, organicista, centrado em intervenções sobre os danos físicos, químicos e biológicos dos postos de trabalho foi deslocado para um campo dinâmico e interativo. Nesse sentido, um novo modelo de pesquisa foi delineado no começo dos anos 80 por Christophe Dejours, a quem ele atribui o mérito por considerar o sentido do sofrimento como essencial no entendimento da relação saúde-trabalho.

Com a psicodinâmica do trabalho, instaura-se o olhar para os movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos inter e intra-subjetivos no trabalho, para o drama vivido e o sentido que assume para aquele que o vivencia. Avançando no estudo dos fenômenos psicopatológicos para além da história individual e privada, ou dos relacionamentos entre indivíduos, a psicodinâmica contempla, na pesquisa etiológica do sofrimento, os conflitos, o sofrimento e o prazer na organização do trabalho. Existem dificuldades e conflitos que são provocados pela forma como o trabalho se organiza, podendo gerar tensões entre a situação real de trabalho e as obrigações próprias da esfera privada do trabalhador (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

Essas tensões foram o foco do questionamento de Dejours (1993) que, ao abordar a loucura do trabalho, relata a necessidade de se investigar como o sujeito assegura a sua normalidade frente a um contexto tão desfavorável à sua saúde psíquica. Ele propõe a análise dos distúrbios psíquicos por três pontas de um triângulo: o sofrimento, o trabalho e o reconhecimento, homólogo ao proposto por F. Sigaut: ego, real, outro.



FONTE: LANCMAN e SZNELWAR, (Orgs.) Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 73-74.

De acordo com Lancman e Sznelwar (2004), essa análise triangulada proposta por Dejours valida o conceito de que o sofrimento no trabalho é resultante da luta contra os constrangimentos apresentados pelo trabalho prescrito pela organização, em contrapartida ao trabalho real, executado na vigência de uma inteligência prática do trabalhador, dotado de uma engenhosidade que confere ao fator humano a identidade do trabalho.

Na tentativa de favorecer uma melhor compreensão do sofrimento vinculado à forma como o trabalho se organiza e buscando iluminar os conceitos subsumidos nessa interação, apresentaremos a seguir uma apresentação esquemática das dinâmicas do sofrimento no trabalho que consideramos centrais nesse estudo: sofrimento-organização do trabalho; sofrimento-reconhecimento-prazer; sofrimento-adoecimento.

### 2.5.1 Sofrimento-Organização do trabalho

Tomando como ponto de partida o significado da palavra organização, conceituamos a organização do processo de trabalho como a definição da forma ou das bases estabelecidas para realização das ações e como a adoção de um modelo prescrito para a execução das tarefas.

Admitida a existência dessa predeterminação de padrões de ação, e sustentados no referencial teórico de Dejours (1992), podemos referir que, na prática, a organização do trabalho contemporâneo representa um modo operatório prescrito, marcado pela acentuada divisão das tarefas, ritmos impostos, hierarquização, repartições de responsabilidades e dos sistemas de controle que geram as relações de comando e de poder.

Ocorre, contudo, que a criatividade e a inteligência prática dos operadores do processo de trabalho convivem com as intempéries, o não programado da tarefa, assim, o trabalho, mais que um modelo prescrito pela organização, assume um dinamismo que permite ajustes, rearranjos e inventividade, acrescentados pelos homens e mulheres para levar em conta o trabalho real. A engenhosidade prática, nessa perspectiva, coloca o indivíduo que se esforça para alcançar os objetivos da tarefa numa condição de transgressor dos padrões de sua execução. Nesse instante, o processo de trabalho prescrito não será integralmente respeitado.

Lancman e Sznelwar (2004, p. 65) apresentam uma concepção formulada por Dejours, que insiste no fato do trabalho não ser redutível às relações sociais, nem de poder, nem ao assalariamento. Para ele, o que é prescrito nunca é suficiente. Quando isso ocorre, é possível tornar a tarefa desumanizada, da ordem do maquinal.

Com a maquinização dos processos, surgem novas dificuldades não resolvidas maquinalmente. Entretanto, a inteligência prática, o saber-fazer, o real do trabalho humano pensado e elaborado frente às situações imprevistas faz-se novamente indispensável, e insubstituível. Na concepção de Dejours, o trabalho é, por definição, humano.

Pensado desta forma, acreditamos que o trabalho não deveria ser reduzido às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, que se reúnem sob a denominação de condições de trabalho. É necessário considerar no trabalho a dimensão organizacional, isto é, a divisão técnica das tarefas e o modo como acontecem as relações de produção.

Seligmann (1994) menciona que a dimensão humana no trabalho foi reconhecida por Mayo desde a década de 20. Suas idéias buscavam atender às necessidades afetivas de

reconhecimento e de espaços de catarse \_ tratamento de distúrbios emocionais por meio de expressão verbal e física de idéias e sentimentos reprimidos. Defendia o estímulo à motivação para o trabalho, ao mesmo tempo em que apagassem as disfunções potencialmente capazes de prejudicar o rendimento do indivíduo e das equipes.

Parece-nos nítido que, na prática, as novas técnicas humanísticas, que se fixam no aspecto do indivíduo e das equipes, na verdade escamoteiam os interesses fundamentalmente econômicos.

Seligmann (1994) menciona que técnicas psicológicas de controle laboral, que precederam os estudos dos fenômenos da dinâmica saúde-doença no trabalho, foram utilizadas nas esferas do poder dominante das empresas com o interesse primordial da busca da eficácia. A autora acrescenta que a tendência principal dos estudos àquela época foi a de procurar causas individuais e externas ao trabalho, hereditárias ou de experiências familiares, para justificar os transtornos mentais nos trabalhadores.

Os pesquisadores latino-americanos Laurel e Noriega (2000) propõem o processo de produção como categoria analítica principal para compreender a saúde dos trabalhadores, haja vista que ele não somente valoriza o capital, como define o modo específico de trabalhar.

Outros autores reafirmam o papel da organização do trabalho na dinâmica saúde-doença dos trabalhadores. Haad, Lopes e Shuk (2001), a esse respeito, pontuam que o bem-estar e o estar-bem têm influências políticas, sociais, culturais e econômicas, conforme a experiência de vida de cada indivíduo, situando o trabalho tanto no seu aspecto ambiental, quanto organizacional.

Outra dimensão psicossocial a ser considerada na avaliação das relações entre saúde e trabalho é o nível de controle sobre o mesmo. O controle na perspectiva psicossocial é fortemente marcado pela ênfase na capacidade de influenciar os eventos de vida e pelos efeitos na auto-estima ou no desenvolvimento de sentimentos de depressão. Nessa perspectiva, raramente é considerado como fator relevante à percepção de autonomia que o indivíduo constrói de si e de sua vida (ARAÚJO, 2003).

Foi a partir dos anos 80 que Dejours (1993) passou a evidenciar que as pressões do trabalho que abalavam o equilíbrio psíquico e a saúde mental relacionavam-se com a organização do trabalho.

A organização do trabalho envolve aspectos relacionados à divisão das tarefas, bem como a divisão dos homens, estabelecendo, através da hierarquia, a forma de comando que pode levar uns a decidir por outros os ritmos e o modo operatório do trabalho a ser executado.

Dependendo da forma com que se inter-relacionem as duas vertentes, podem surgir entre a organização do trabalho e o trabalhador estratégias que visem aliviar o sofrimento e permitir a manutenção do trabalho. Quando as ações no trabalho são criativas, possibilitam a modificação do sofrimento patológico, aumentando a resistência às várias formas de desequilíbrio psíquico e corporal (HELOANI, CAPITÃO, 2003).

Ao comentar a obra de Dejours (1993), Seligmann aposta que não é incomum que a gerência de escalão superior encontre dificuldades para identificar as causas de determinadas falhas ou mesmos fracassos de produção, que são, na verdade, decorrentes do sofrimento mental engendrado na situação do trabalho e, geralmente pela organização prescrita para o trabalho. Daí a necessidade de se evidenciar as estratégias defensivas, individuais ou coletivas, que são suscitadas a partir do sofrimento, viabilizando a transformação do trabalho perigoso em trabalho saudável e prazeroso.

No balanço nacional da condição de trabalho do nosso País, poderíamos dizer, conforme Dejours (2005), que homens e mulheres criam defesas contra o sofrimento padecido no trabalho. As estratégias de defesa são sutis, cheias de engenhosidade e inventividade.

Ao refletirmos sobre o papel da enfermeira como sujeito que constrói a sua história profissional pautada em princípios de humanização como cooperação e ética, inquieta-nos pensar que a enfermeira elabora uma assistência de enfermagem focada na integralidade do cuidado, contemplando, portanto, os princípios supra-referidos como válidos na construção das inter-relações de trabalho, ainda que sejam direcionadas ao paciente-usuário. Ora, estes princípios passam a ocupar o território dos valores profissionais que não encontram ressonância quando se define a organização do trabalho da enfermeira.

A articulação dos saberes e práticas da enfermeira precisam ser contemplados ao se definir o seu processo de trabalho. Traduziríamos como violência ética a negação ao lícito exercício de cooperação e participação, que distancia o princípio de humanização do processo de produção em saúde do trabalhador e a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional.

Ousamos afirmar que essa atitude conduz a uma percepção dicotomizada dos princípios de humanização que são requisitados no exercício profissional e comumente negados ao não se contemplar o ser-enfermeira na estruturação do seu trabalho. Faz-se mister estabelecer um caminho que respeite a identidade na organização do trabalho prescrito, observados os potenciais e limites da condição humana na construção do sentido.

O sofrimento é inevitável. Ele tem raízes na história singular de todo sujeito e repercute no teatro do trabalho. É tarefa da organização do trabalho tentar minimizá-lo (já que

ele é inevitável), ao considerar as diferenças do sujeito frente às pressões psíquicas do trabalho, ao viabilizar a criatividade que fornece uma identidade e um reconhecimento ao trabalhador. Através das suas descobertas o trabalhador se transforma e, para tal, recorre à inteligência prática que é vivenciada no cotidiano de trabalho (DEJOURS,1994-1997).

A organização do trabalho precisa ser repensada como um processo constante de modificações, percebido por Jaques e Codo (2003) como o rio de Heráclito, um lugar que não se frequenta duas vezes, pois é sempre outro.

### 2.5.2 Sofrimento-Reconhecimento-Prazer

Outro elemento na análise psicodinâmica do trabalho é a construção da identidade a partir do trabalho, fator que, ao assumir um papel central na vida do sujeito, identifica o reconhecimento do trabalho real executado como de capital importância às vivências de sofrimento-prazer no trabalho.

Na análise psicodinâmica do trabalho, Lancman e Sznelwar (2004) admitem que quando as contribuições provenientes do trabalho não são reconhecidas, este fato coloca o trabalhador em risco de uma crise de identidade e introspecção, ou anulação social que o faz ser caracterizado como mentalmente alienado. Por outro lado, quando o trabalhador assume a postura de protestar sobre o que considera de direito, é caracterizado como paranóico, ou como depressivo quando ocorre a perda de confiança em si mesmo e passa a duvidar da realidade que ele vivencia.

Nesse sentido, a psicodinâmica do trabalho considera que a alienação social é consequência da falta de comunicação entre o reconhecimento-sofrimento-trabalho. Mesmo que o trabalho permita uma relação verdadeira com o real, se ele não é reconhecido pelo outro, ele se encontra condenado à solidão alienante (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

Acreditamos que a alienação social pode ser identificada não apenas como resposta individual, mas no coletivo de enfermeiras, fazendo-as vivenciar prejuízos que remetem à construção de uma organização do trabalho favorável à dinâmica saúde-doença e sofrimento-reconhecimento-prazer.

A enfermeira, como todo sujeito que trabalha e elabora seu corpo específico de conhecimento, espera em troca da sua contribuição profissional uma retribuição de natureza fundamentalmente simbólica, o reconhecimento. Quando a enfermeira não percebe o

reconhecimento do seu trabalho, vivencia o constrangimento de desejos e aspirações e, nesse instante, se instala o sofrimento, que se não for ressignificado afasta a viabilidade de transformá-lo em prazer.

Vincula-se a essa bandeira do reconhecimento uma série de condições e situações de trabalho em saúde que indicam o não reconhecimento socioprofissional da enfermeira, como exemplo os baixos salários, manutenção da maior carga horária entre todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde no âmbito hospitalar, a inexistência do direito ao repouso digno no cotidiano do trabalho, a ausência de um espaço de escuta e participação da política micro-institucional.

O trabalho da enfermeira nos serviços de saúde é permeado por uma multifuncionalidade que a coloca como responsável por diferentes etapas do processo de cuidado (supervisão, assistência, gerenciamento do recurso humano e material, educação em saúde, vigilância epidemiológica, revisão de padrões, análise e resolutividade de falhas cometidas pelos muitos atores da equipe de saúde, dentre tantos outros). Isso exige a adequação contínua de competências técnico-administrativas, submetendo-a a um acelerado ritmo de trabalho, por vezes invisível aos olhares da coletividade e, assim, não reconhecido.

Reforça essa dinâmica do sofrimento-reconhecimento a falta de clareza sobre a identidade da enfermeira e do seu conjunto de saberes e fazeres. Ocorre cotidianamente, por parte da comunidade em geral (ou dos profissionais integrantes da equipe de saúde), uma atitude de identificar os profissionais auxiliares da assistência de enfermagem como enfermeiros. Nesse sentido, a imagem que a sociedade tem é da enfermeira e dos demais membros da equipe como enfermeiras, não fazendo diferenciação dos papéis desempenhados. A ausência do reconhecimento fere a identidade profissional e mobiliza sentimentos de desvalorização, percebida pela enfermeira como uma espécie de negação subliminar do seu construto teórico próprio, adquirido à custa de investimento pessoal e social.

A seguir, faz-se imprescindível considerar a ocorrência de situações absolutamente favoráveis à vivência do prazer no trabalho, especialmente vinculadas ao sentido do trabalho socialmente útil ou socialmente valorizado. Nesse jogo de satisfação profissional e ganho para a identidade pessoal, é relevante que as condições de trabalho tornem possível ao trabalhador a utilização do mecanismo de sublimação.

Esse conceito de sublimação apresentado por Dejours na *Société Psychanalytique de Montreal*, 1992, supõe que sublimação é uma renúncia à meta primeira e aos desejos primários em substituição pela atividade socialmente aceita e útil. Para que a sublimação possa desencadear o sentimento de prazer, é preciso haver o julgamento por parte do outro. O

juízo deve ser impetrado sobre o trabalho e não sobre o sujeito, sobre o fazer e não sobre o ser. Isso viabiliza a sublimação e, conseqüentemente, a transformação do sofrimento em prazer.

Nessa apresentação, Dejours sugere ainda que o trabalho pode desempenhar um papel de destaque na construção da identidade, ou seja, na construção que representa o próprio alicerce da saúde mental e somática, funcionando como um operador de saúde, ponto de que, graças ao trabalho, certos sujeitos estejam mais estabelecidos em sua identidade do que se não trabalhassem. Assim, o trabalho não é obrigatoriamente infelicidade.

### 2.5.3 Sofrimento-Adoecimento

Dejours (1994), apropriando-se dos conceitos trazidos por diferentes autores, apresenta o estado de angústia e as emoções como afetos psíquicos que possuem traduções somáticas, como as palpitações, HAS, os tremores, os suores, as parestesias, as câimbras, a desidratação das mucosas, a hiperglicemia, o aumento do cortisol sanguíneo, a poliúria, entre as mais citadas.

Na prática, a ocorrência dessas manifestações dificilmente é quantificada como pertencendo ao campo do sofrimento vivenciado no trabalho, apesar da clara expressão de angústia, muitas vezes estampada nos rosto, nos gestos e no olhar. O prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade dificilmente se deixam dominar por números. A carga psíquica não é mensurável porque se inscreve na subjetividade, mas é real enquanto vivência no cotidiano do trabalho (DEJOURS, 1994).

A orientação do autor nesse sentido é de que a subjetividade da relação homem-trabalho tem muitos efeitos concretos e reais, e mesmo que sejam descontínuos, encontramos marcas dele no absentéismo, nos acidentes do trabalho, nas greves ou, paradoxalmente, no presenteísmo, isto é, no engajamento excessivo a uma tarefa como forma de atenuar a dor.

O trabalho pode propiciar sofrimento insuperável para o ego, empobrecendo-o e restringindo sua ação a mecanismos defensivos repetitivos e ineficazes, não lhe possibilitando aferir, de acordo com suas atividades, a satisfação de determinadas pulsões, que, não satisfeitas, tensionariam o aparelho psíquico, gerando angústia, estados depressivos, ansiedade, medos inespecíficos, sintomas somáticos, como sinais marcantes de sofrimento mental. Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da

organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder (HELOANI e CAPITÃO, 2003).

Tomaremos o esquema referido por Dejours (1994) para explicar as três vias de descarga da energia retida que provêm dos estímulos do exterior (origem psicossensorial) e do interior (excitações instintivas e pulsionais): a via psíquica, a motora e a visceral.

Através da via psíquica, o trabalhador, tomado por sua hostilidade, pode eventualmente criar fantasmas agressivos, denominados de representações mentais, que podem por si só ser suficientes para consumir a energia pulsional retida. Outros sujeitos não conseguem relaxar por meio dessa via e utilizarão a via motora para proceder à liberação da pulsão, sob a forma de descargas psicomotoras ou comportamentais. Observa-se nessas circunstâncias a crise de raiva, fuga, atuação agressiva, por exemplo. Por fim, existe a via visceral, que só será utilizada se as vias mentais e motoras não estiverem disponíveis. Nesse caso, a energia pulsional retida é descarregada no sistema nervoso autônomo, provocando desordenamento das funções somáticas. É a via visceral que estará atuando no processo de somatização e é através dessa orientação teórica que buscaremos evidenciar o adoecimento e somatização como manifestações últimas do sofrimento no trabalho.

O bem-estar, em matéria de carga psíquica, advém da liberdade de funcionamento no conteúdo da tarefa, o prazer resulta da descarga de energia pulsional que a tarefa autoriza, com conseqüente diminuição da carga psíquica do trabalho (DEJOURS, 1994).

A partir dos pressupostos apreendidos, consideramos que seria pertinente não favorecer o ocultamento do sofrimento. A busca de mecanismos para expressão do sofrimento no âmbito do trabalho deve ser perseguida. A identificação do sofrimento conduz a importantes indicadores que poderiam ser elaborados com a finalidade de se estabelecer alternativas coletivas para minimizar as zonas de conflitos.

Ocorre que o sofrimento não é escutado pelos pares, pelos gestores e pelos profissionais encarregados de cuidar da saúde do trabalhador, pelo menos não na expressão da sua totalidade, origens e vinculação com o trabalho. Não existem validações dos conteúdos manifestos e, normalmente, a condução dá-se no sentido de fortalecer os recursos pessoais para prover o reajuste psíquico ou através da medicalização excessiva que acabam por conduzir à dependência farmacológica e ao verdadeiro adoecimento. Por quanto tempo ainda observaremos a ansiedade, o medo e as angústias cristalizarem as marcas do sofrimento na somatização? (BRANT, 2005; DEJOURS, 1994).

Na tentativa de assegurar a sua saúde-normalidade, o trabalhador utiliza mediações subjetivas, quer sejam estratégias de defesa, aceleração e negação frente aos constrangimentos do trabalho. Quando as estratégias já não são suficientes para mediar o sofrimento, evidenciam-se diferentes formas de manifestação do sofrimento, expressas consciente ou inconscientemente, pela fala, atos e atitudes, bem como através do adoecimento físico e mental.

Nesse ponto, e sem a intenção de nos distanciar do pressuposto teórico de Dejours, escolhido como caminho norteador das nossas análises, apresentamos a compreensão conceitual trazida por Brant (2004), que postula ser o sofrimento e a dor elementos distintos, mas facilmente confundidos. Segundo ele, em razão de uma visão dicotômica, a palavra sofrimento está associada ao psíquico, ao mental ou à alma. Em contrapartida, a palavra dor é geralmente localizada no corpo.

Diríamos que a dor e o sofrimento, nesse sentido, são como duas partes de uma mesma moeda: inseparáveis, porém não necessariamente complementares. Essa é uma questão que não se restringe apenas ao plano conceitual; dor e sofrimento coexistem no sujeito e a sua expressão não deve ser reconhecida apenas no adoecimento físico ou mental.

O processo de adoecimento no trabalho normalmente ocorre de forma silenciosa e invisível, como resultante de exposição contínua, prolongada, permanente ou intermitente aos agentes agressores ambientais e organizacionais. Os fatores que desencadeiam o sofrimento no trabalho se articulam a um sujeito particular, com diferentes modos de interagir e adoecer, portador de uma história singular pré-existente ao seu encontro com o trabalho. Nasce daí a proposta de colocar-se disponível para escutar, um modelo apresentado por Dejours a fim de compreender o que ocorria com o trabalhador e quais as suas defesas contra o adoecimento.

Optamos pela metodologia da psicodinâmica de Dejours (1993, 1994, 1999, 2005), por compreendermos que será possível dialogar de forma coerente e consistente com o objeto desse estudo, o sofrimento vinculado à forma como se organizam o trabalho da enfermeira e a psicodinâmica do trabalho.

De forma esquematizada, traduzimos nossa compreensão sobre a dinâmica do sofrimento e como se processa a sua ressignificação em prazer na organização do trabalho, através de uma metáfora da balança, onde a organização do trabalho pode funcionar como eixo da saúde psicofísica do trabalhador.

O esquema apresentado abaixo busca direcionar a análise da dinâmica do prazer-sofrimento sobre o eixo da organização do trabalho em uma base estruturada, com os conceitos considerados na psicodinâmica como elementares para que ocorra o processo de

ressignificação, evitando a evolução do sofrimento psíquico em sofrimento patológico e adoecimento.

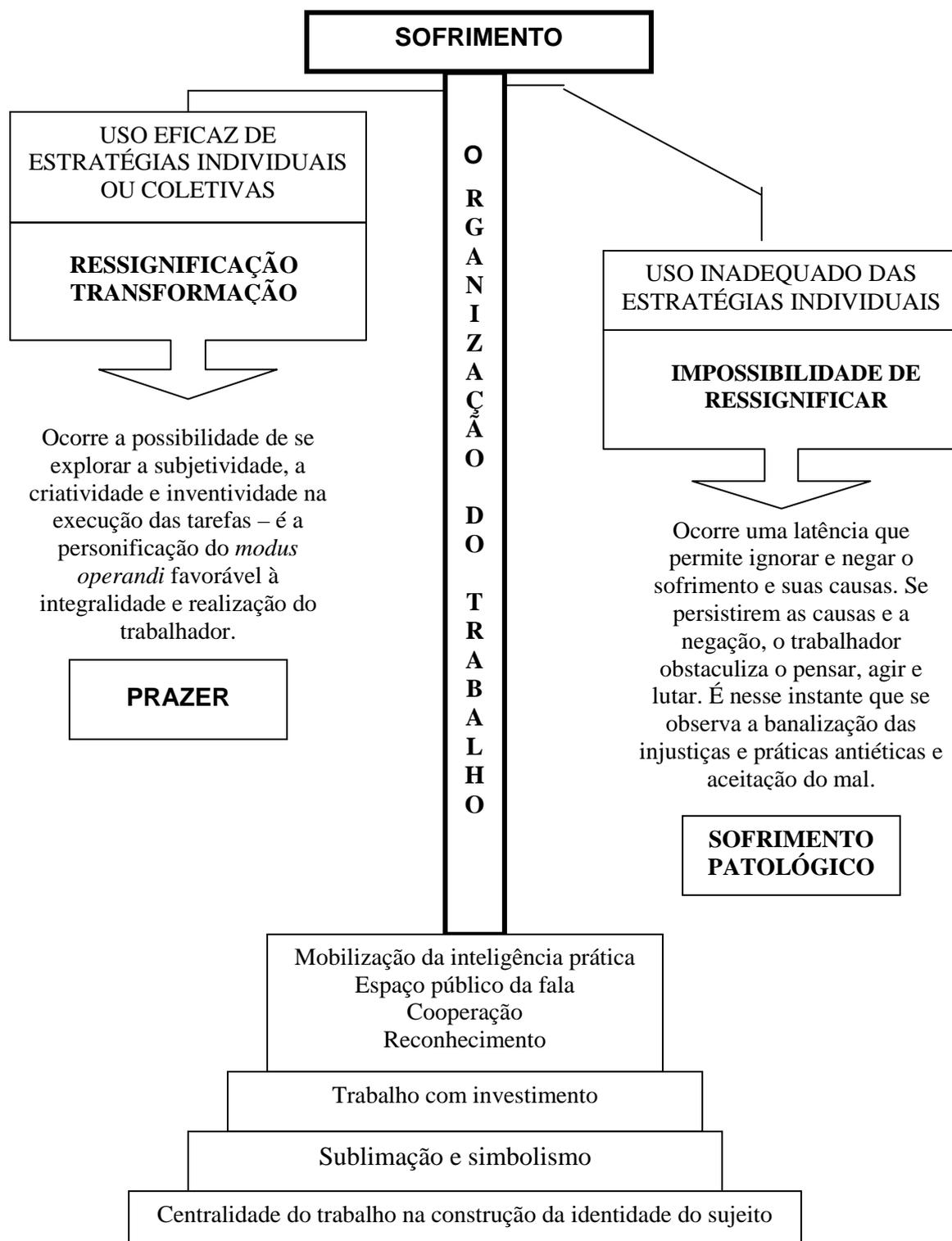


Figura 1: A Organização do Trabalho como pilar na transformação do sofrimento em prazer, 2007.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 ABORDAGEM TEÓRICO-FILOSÓFICA

Esse estudo foi baseado na concepção da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, com seu enfoque antropológico do sofrimento humano nas organizações do trabalho. A partir dessa concepção, foi analisado como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do sofrimento prazer no trabalho da enfermeira, em um hospital privado da cidade de Salvador. Buscou-se a construção de um conceito coletivo sobre caminhos e descaminhos que conduzem a uma condição organizacional propícia à subjetividade, à criatividade e à utilização da inteligência prática no planejamento dos processos de trabalho.

A abordagem da psicodinâmica assegura que é através da escuta que se viabiliza o acesso ao trabalho real executado pelo trabalhador e que a organização do trabalho não é concretamente refletida quando não se estabelece um canal para pensar e falar coletivamente. Por isso, é preciso conhecer e analisar todo o discurso proferido em um contexto singular, em um dado momento histórico que confere o sentido dos conteúdos manifestos. Por meio da coerência dos textos produzidos pode ser observada a manutenção do mesmo traço semântico com que se processavam as palavras e até pela recorrência e reiteração dos trechos discursados, revelar a concepção do mundo, valores, expectativas, inquietações, entre outros elementos constituintes do universo implícito das enfermeiras que enunciaram o discurso.

Ainda seguindo os fundamentos da psicodinâmica do trabalho, foi possível observar o aspecto do reconhecimento do sofrimento no cotidiano do trabalho dessas enfermeiras e identificar que a negação do sofrimento dificulta a elaboração de estratégias coletivas de enfrentamento e a participação na definição dos processos de cuidado em enfermagem.

Ao considerar a viabilidade de sofrer na organização do trabalho, a enfermeira pode encontrar suporte para ressignificá-lo ao encontro do prazer. Segundo Dejours (1993), se o trabalho faz de fato sofrer, ele também promete em troca um prazer que poderia jogar em favor de seu equilíbrio psíquico e de saúde física e mental. Ao afirmar sobre a importância do trabalho como espaço propício ao desenvolvimento das nossas aspirações, Dejours reafirma que é no trabalho e pelo trabalho que poderemos desenvolver nossas pulsões de vida e de amor.

### 3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa e aporte quantitativo, fundamentado na psicodinâmica do trabalho. Essa metodologia foi escolhida por privilegiar a fala coletiva dos trabalhadores e permitir revelar aspectos relacionais implícitos da dinâmica do sofrimento-prazer no universo do trabalho. Nossa pretensão era tornar explícito aos sujeitos a sua subjetividade, o uso da inteligência prática no trabalho vivo, conferindo-lhes a visibilidade do aspecto implícito, e auxiliando-os no reconhecimento do sofrimento no trabalho. Outro aspecto importante desse método é a legitimidade que ele confere às mediações utilizadas para transformar em situações de prazer e satisfação profissional situadas no plano individual e que pode agregar valor à criação de estratégias no plano coletivo, podendo direcionar os serviços às novas formas de organização do trabalho da enfermeira.

Por considerarmos que o sofrimento é concebido como resultante de diversos fatores e de diferentes formas, estabelecemos multimétodos na coleta dos dados. A intenção foi possibilitar que emergisse a percepção das enfermeiras a partir de diferentes canais de comunicação, que não se comunicando entre si na sua aplicação, forneceram dados para a análise triangulada, técnica que se adequou à apreensão de um objeto multifatorial.

Existem autores que consideram a pesquisa quantitativa de certo modo também qualitativa e não estabelecem clara distinção entre os métodos. Para W. Goode e P.K. Hatt (apud Richardson, 1999, p.79),

[...] a pesquisa moderna deve rejeitar como falsa dicotomia a separação entre estudos qualitativos e quantitativos, ou entre ponto de vista estatístico e não estatístico. Além disso, não importa quão precisa seja a medida, o que é medido continua sendo uma qualidade.

Nesse sentido, a aplicação do inventário resultou em uma análise simples de projeção percentual dos dados quantitativos, que forneceu aporte aos resultados qualitativos, obtidos na entrevista individual e coletiva. Por outro lado, a análise qualitativa foi desenvolvida no entendimento de que ela incorpora o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais sobre o objeto estudado, contribuindo para uma apreciação mais ampla e confiável da realidade. O discurso das enfermeiras focalizou um objeto real, o seu cotidiano de trabalho e a forma como este se estabelece no

hospital estudado, existindo uma coerência na escolhas dos métodos difundidos nos estudos de psicodinâmica do trabalho.

Buscamos a objetivação da subjetividade das vivências do trabalho, identificando o acesso do sentido que aquela situação tem para os próprios indivíduos. Na objetivação do vivido, as enfermeiras foram submetidas a um trabalho reflexivo de elaboração coletiva que permitiu a reaproximação com o desejo e a vontade de emancipação dos participantes, fatores que podem atuar como multiplicadores dessa percepção no coletivo de enfermeiras do hospital.

Para identificar como se organiza o seu trabalho, tanto na percepção da enfermeira na função de gestora, quanto da enfermeira na função assistencial, utilizamos a técnica de entrevista que privilegia a escuta dos sujeitos, sendo aplicada a entrevista semi-estruturada individual com as enfermeiras gestoras e a entrevista coletiva com as enfermeiras da assistência e da auditoria.

Por considerar a metodologia da psicodinâmica do trabalho que conduz à discussão coletiva dos atores sociais submetidos à organização do trabalho, estendemos a investigação ao coletivo de enfermeiras da assistência e da auditoria, utilizando a aplicação do formulário da escala de indicadores de prazer-sofrimento no trabalho (EIPST), um instrumento validado em pesquisas com abordagem psicodinâmica do trabalho (ANEXO 3).

A escolha pela aplicação da EIPST se fundamentou na dificuldade operacional e de tempo exíguo para aplicação da entrevista coletiva com mais de um encontro, o que seria metodologicamente mais adequado para obter a participação ampliada das enfermeiras submetidas à organização do trabalho do hospital em estudo. Considerando a técnica de análise por triangulação de fonte de dados, foi possível realizar a análise qualitativa do resultado apresentado por essa técnica de coleta de dados de estruturação quantitativa, promovendo um diálogo entre os resultados que emergiram das entrevistas e do inventário da EIPST.

Esse olhar a partir de diferentes posições de mando e comando fez-se indispensável para promover a confrontação dos dados obtidos e observar convergências e divergências que coexistem na realidade do trabalho da enfermeira no hospital estudado.

### 3.3 LÓCUS DA PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ESTUDADA

#### 3.3.1 História do Hospital: Assistência e Educação

O imediato consentimento, após a apresentação do projeto de pesquisa à Gerência de Enfermagem, confirmou a vertente educacional instalada no hospital constituído como locus de investigação. Já no segundo contato, tivemos acesso às instalações do hospital, à equipe gestora, constituída de diretores, gerentes, coordenadores e supervisores, e nos foi disponibilizado recurso audiovisual, que historiava a criação do hospital. Surge dessa aproximação a opção por contextualizar o hospital quanto à sua história, localização, princípios norteadores e estrutura organizacional, à luz do discurso proferido e escrito por seus fundadores.

Trata-se de um hospital geral de médio porte, de natureza privada, situado na cidade de Salvador, no bairro da Caixa D'Água, e inaugurado em dezoito de fevereiro do ano dois mil.

Foi idealizado após uma pesquisa de demanda populacional que definiu pela implantação em um bairro popular, densamente povoado e que não contava com um serviço deste porte, numa tentativa de oferecer qualidade e eficiência a um segmento da população menos favorecida.

Já na sua concepção, ficou estabelecido o compromisso educacional e social perante a comunidade médica e população em geral. Para tanto, foi criado um instituto sob a forma de Sociedade Civil, sem fins lucrativos, focado na educação, desenvolvimento tecnológico, capacitação e aprimoramento técnico-científico para aperfeiçoamento da assistência hospitalar, com difusão de tecnologia e conhecimento em saúde, estímulo à pesquisa e aperfeiçoamento ético e humanístico.

Por valorar o acesso do cidadão à saúde e educação estabeleceu convênios com outras instituições socialmente reconhecidas, como o INCOR/SP e o Projeto Crescer, além da parceria com a Escola de Enfermagem da UFBA e o apoio ao grupo do Ilê Aiyê. Sua constante integração com ações e projetos voltados ao fortalecimento da cidadania busca o resgate da auto-estima da comunidade, majoritariamente negra e muito sofrida, que povoam os bairros da Liberdade, Caixa D'Água, Fazenda Grande e Pau Miúdo.

No discurso dos seus diretores, esse compromisso se fortaleceu na prestação de uma medicina humanizada, com ações que objetivam a cultura de uma vida melhor, desenvolvida em um projeto piloto de acompanhamento e educação em saúde para pessoas da comunidade com problemas de obesidade.

Dimensionado para ser um hospital geral de médio porte, com 91 leitos, contando com uma equipe de seiscentos e setenta profissionais diretos, gerando cerca de dois mil e quatrocentos empregos indiretos, contabiliza uma produção anual de aproximadamente dez mil consultas ambulatoriais; duas mil e duzentas internações; duas mil e quatrocentas cirurgias; vinte mil exames radiológicos; cem mil exames laboratoriais.

### **3.3.2 Estrutura Física: Áreas de atendimento x Efetivo de enfermeiras nas unidades**

Em uma estrutura física instalada em dois pavimentos, o hospital disponibiliza uma via de acesso às ambulâncias e carros particulares que conduzem pessoas em situação de urgência e emergência e ou necessidade de apoio à locomoção - na entrada principal, e um espaço de acolhimento aos visitantes e acompanhantes, com controle de acesso ao hospital e serviço de marcação de consultas e exames.

Ainda no pavimento térreo, encontra-se a unidade de emergência com capacidade instalada de dezoito leitos, sendo cinco de pediatria. Possui uma equipe de onze enfermeiras, numa proporção de duas enfermeiras para nove leitos por turno e uma enfermeira coordenadora em turno administrativo, numa proporção de 01 enfermeira para 03 leitos por turno. A primeira unidade de internação de pacientes de longa permanência tem capacidade instalada de quatorze leitos, sendo oito de pediatria e uma enfermeira por turno, a unidade de cuidados intensivos com dezesseis leitos para pacientes adultos. Na UCI existe o sistema de residência, com doze enfermeiras na assistência direta ao paciente e doze enfermeiras na preceptoria, numa proporção de três residentes e um preceptor para cada seis leitos, mais uma supervisora no turno matutino e uma coordenadora em turno administrativo.

Ainda nesse andar, existem os serviços de bioimagem, farmácias satélites, refeitório, praça arborizada destinada ao lazer dos funcionários e especialmente para promover o contato dos pacientes com a natureza.

No primeiro pavimento estão as salas das diretorias e gerências, salas de suporte administrativo e financeiro e outros serviços de atendimento direto ao cliente: serviço de

controle de infecção hospitalar, com uma enfermeira subordinada hierarquicamente à gerência médica, mas que executa suas tarefas em fina sintonia com a gerência de enfermagem, auditoria de contas médicas e arquivo médico com quatro enfermeiras, duas bolsistas e uma coordenadora, central de material esterilizado, que possui uma enfermeira supervisora da equipe técnica, farmácia central e serviço de nutrição; e a segunda unidade de internação para paciente médico-cirúrgico, com quarenta e três leitos.

As duas unidades de internação possuem uma capacidade total para cinquenta e sete pacientes, que se diferenciam pelo grau de dependência dos cuidados de enfermagem e um total de doze enfermeiras, sendo três a cada turno, numa proporção de dezenove leitos para cada enfermeira por turno. Existe uma coordenadora em turno administrativo.

Além do prédio destinado ao funcionamento do hospital, existe uma estrutura montada em outro prédio comercial, em frente ao hospital, que agrega o ISG.

### **3.3.3 O modelo de cooperativa como vínculo empregatício**

A proposta de ensino e pesquisa desenvolveu-se através das atividades assistenciais no hospital, que se constitui como campo propício às práticas dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, inclusive com a implementação do sistema de residência, de onde provém grande parte dos recursos humanos que compõem o quadro funcional do hospital.

Provenientes dos cursos de residência, as enfermeiras recém-formadas ingressam no hospital como profissionais vinculadas a um sistema de cooperativa, que se configurou inicialmente como uma dificuldade técnico-administrativa, pois comprometia o princípio de educação continuada norteador da organização, haja vista a alta rotatividade das enfermeiras recém-ingressas.

Era difícil garantir o vínculo dos profissionais em um sistema de cooperativa que privava o trabalhador de direitos trabalhistas e não assegurava a estabilidade financeira; o seguro previdenciário; o fundo de garantia e a projeção de uma aposentadoria. Bons profissionais se desvinculavam do hospital sempre que recebiam propostas de outras organizações que ofereciam propostas para se estabelecer um contrato de trabalho pelo regime da CLT.

As faltas injustificadas, falta de compromisso com o horário de trabalho e com as normas e procedimentos existentes no hospital foram minimizados quando a equipe técnica e

de auxiliares de enfermagem migrou juntamente com as enfermeiras coordenadoras para contratos de trabalho celetista. As enfermeiras da assistência e preceptores permaneceram no sistema de cooperativa, entretanto, se organizaram e fundaram uma cooperativa própria, inicialmente um pequeno grupo que deliberava, em reuniões ordinárias, as regras, benefícios e funcionamento da cooperativa. Um novo cenário se vislumbrou com a incorporação de benefícios e a adoção de um modelo administrativo pautado no princípio da participação, cooperação e divisão dos resultados, considerando a produtividade de cada cooperado. Novas categorias da saúde, tais como psicólogas e nutricionistas, se vincularam à cooperativa, ampliando sobremodo o quantitativo de associados.

O reconhecimento da gerência de enfermagem é favorecido pelo seu trabalho frente à nova cooperativa, organizada com assessoria de especialista, gestão transparente e participativa, que apresenta aos cooperados o demonstrativo financeiro e define coletivamente, por aprovação em assembléia, o ganho por produtividade e a incorporação gradativa de benefícios aproximados ao do regime celetista: descanso de produtividade remunerado equivalente às férias; bônus de final de ano, que representa a divisão linear do excedente da receita; um seguro para complementação salarial, no caso de afastamento por doença e acidente do trabalho inferior a dezesseis dias, quando passa a vigorar o benefício previdenciário, direito assegurado aos cooperados que recolhem o imposto do INSS através de vínculo empregatício celetista na condição de autônomo.

Existem três modalidades de vínculo empregatício no hospital estudado: o vínculo promulgado pela CLT para todo o pessoal de nível técnico, administrativo, assistência social e coordenação; o vínculo pela Cooperativa de Trabalho para enfermeiras, fisioterapeutas e psicólogas; e o vínculo por Pessoa Jurídica, estabelecido para os médicos e gerentes. Apesar de pertencerem à categoria das enfermeiras, as coordenadoras foram contratadas pelo vínculo celetista por existir a necessidade de se estabelecer representantes que fiscalizassem, na qualidade de tomador de serviço, a prestação de serviço da cooperativa.

O modelo organizacional prevê hierarquia vertical estabelecida por um Conselho Consultivo, constituído pelo presidente e vice-presidente, secretário e sócios; diretorias executiva e técnico-científica, que se subdividem em gerências e coordenações responsáveis pela gestão de diversos serviços, conforme organograma institucional (ANEXO 2).

### 3.3.4 Sujeitos da investigação: perfil das enfermeiras que constituíram a amostra do estudo

Foram definidas como sujeitos da pesquisa todas as enfermeiras que compõem o quadro funcional do hospital, delimitado como lócus de estudo: a gerente do serviço de enfermagem, as coordenadoras de unidade e as enfermeiras executoras do processo de trabalho, quer nas atividades da assistência, quer na auditoria de contas médicas.

O critério de inclusão dos sujeitos de pesquisa foi que as enfermeiras tivessem preferencialmente dois vínculos e estivessem em pleno exercício da função e possuíssem no mínimo 6 meses de atividade no hospital pesquisado. Todas aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em atendimento às normas emanadas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE B).

A escolha do lócus de pesquisa permitiu uma interação dinâmica que resultou numa revisão de algumas definições assumidas na etapa de elaboração do projeto de pesquisa, a saber:

a) Os sujeitos do estudo foram as enfermeiras e os enfermeiros de um hospital privado da cidade de Salvador, sendo a utilização do termo enfermagem considerada como referência ao campo do saber, ao campo de trabalho ou para assegurar a coerência no arranjo da linguagem escrita, não se confundindo, portanto, com o conjunto de trabalhadores do nível médio que também constituem a equipe de enfermagem.

b) Temendo que não fosse possível proceder a uma análise focada nas vivências no hospital estudado em separação às percepções de sofrimento relacionadas aos outros vínculos de trabalho, inicialmente definimos por não constituir como sujeito do estudo as enfermeiras com mais de dois vínculos empregatícios. Entretanto, durante as entrevistas realizadas com as enfermeiras gestoras e após a realização do grupo focal, observamos que as enfermeiras continuamente se reportavam às experiências negativas vivenciadas em um outro local de trabalho em contraposição aos contextos favoráveis vivenciados no hospital estudado, numa clara delimitação das percepções referenciadas para os diferentes vínculos empregatícios. Essa observação nos tranqüilizou quanto à preocupação de que os conteúdos latentes e expressos pelas enfermeiras seriam resultantes da multiplicidade de sentimentos vivenciados nos diversos vínculos empregatícios e desta forma a análise da organização do trabalho do

hospital pesquisado poderia ser comprometida. Mantivemos as orientações para o preenchimento do inventário aplicado com as enfermeiras da assistência e da auditoria (APÊNDICE A), sem exclusão das enfermeiras que possuíam mais de dois vínculos empregatícios.

c) Na fase de construção do projeto houve a sugestão de se estabelecer um recorte do estudo em apenas uma área do hospital. Foi-nos apontado que o fato de analisarmos enfermeiras submetidas a processos de trabalho diversificados poderia comprometer a identificação do sofrimento no trabalho, sendo então sugerida a análise nas unidades de emergência ou de cuidados intensivos, que são considerados por diversos autores como peculiares às condições de estresse no trabalho. Estabelecida a psicodinâmica do trabalho como metodologia, nos foi possível definir que o objetivo era analisar exatamente a forma como se processa a organização do trabalho da enfermeira, independentemente da natureza do trabalho realizado, e se esta organização atua como elemento favorável às vivências de sofrimento-prazer. Desse modo, convencionamos que utilizar o critério de exclusão por unidade de serviço não seria pertinente, haja vista estarem todas submetidas ao mesmo modelo organizacional, evidenciando possíveis convergências e divergências setoriais que enriqueceriam a análise dos dados. Na etapa da coleta de dados, confirmamos que a amostra de enfermeiras sem delimitação de serviços havia sido acertada ao percebemos no discurso da categoria a ocorrência dos aspectos organizacionais permeando a dinâmica do sofrimento, como também emergiu na entrevista coletiva um consenso de que a coordenação imprime um modelo pessoal de gestão que repercute diretamente nas vivências de angústia, conflitos, motivação e prazer no trabalho. Em todas essas observações, não foram manifestados discursos referentes ao maior grau de dificuldade relacionado à complexidade de cuidados de enfermagem nas diferentes unidades. Ou mesmo quando essas dificuldades operacionais foram citadas, foram acompanhadas de um discurso que apontava a preferência pelo trabalho em emergência, pois nessa unidade a enfermeira sente gratificação ao acompanhar, em muitos casos, resultados positivos imediatamente após os cuidados prestados ao paciente, ou vivenciar o prazer frente à recuperação de pacientes críticos considerados como não recuperáveis. Também emergiu a satisfação na descoberta da atuação em auditoria das contas, uma nova forma de conceber a assistência prestada pela enfermeira e o seu compromisso em prestar o cuidado, equilibrando os itens qualidade e saúde financeira do hospital.

d) Por fim, consideramos importante definir a enfermeira como única categoria profissional na análise do sofrimento, pois, citando Bardin (1999), asseguramos o critério da homogeneidade da amostra na pesquisa qualitativa, o que favorece a construção de sentido expresso pelo sujeito submetido às mesmas condições.

Uma equipe de quarenta e nove enfermeiras constituiu a amostra do estudo, sendo oito na função de gestoras (uma gerente, cinco coordenadoras, uma supervisora e uma enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) e quarenta e uma executoras dos processos de enfermagem (assistência e auditoria). Foram incluídas, por participação voluntária, trinta e sete enfermeiras (75%), sendo oito gestoras, vinte e cinco da assistência e quatro enfermeiras da auditoria. Considerando que o inventário de Indicadores Prazer-sofrimento no Trabalho (EIPST) solicita uma avaliação do trabalho nos últimos seis meses, foram excluídos da amostra as enfermeiras e enfermeiros que possuíam vínculo empregatício por tempo inferior a seis meses ou que estavam afastados das atividades laborais por motivo de licença médica ou gozo de férias, que totalizaram três exclusões da amostra (6,1%). Nove enfermeiras não devolveram o inventário em tempo favorável (18%).

Compatível com a composição eminentemente feminina da categoria, evidenciou-se um percentual de 86% do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Ao quesito etnia, oito declarou a cor branca (22 %); doze de etnia parda (32%); seis de etnia negra (16%); uma morena clara (3%) e dez não responderam (27%). Despertou-nos curiosidade o índice de não respondentes a esse quesito, possivelmente por vigorar no senso comum a terminologia raça e cor e a pergunta ter sido realizada para resposta da percepção individual.

Muitos autores contextualizam a ocorrência de minoria negra ocupando posições mais qualificadas no mercado de trabalho, especialmente nos espaços instituídos dentro das organizações de caráter privado, dados que se confirmaram nesse estudo, se considerarmos que apenas 16% declararam-se de etnia negra. Em contrapartida, segundo dados do boletim do Dieese de novembro de 2002, a população negra de Salvador equivale a 81,8% e aponta para a maior empregabilidade desse grupo étnico no setor de serviços, juntamente com o setor agrícola e da construção civil, muito possivelmente por concentrar atividades que exigem menor grau de escolaridade.

Outro aspecto relevante na caracterização da amostra é o contingente de enfermeiras provenientes do sistema de residência em enfermagem do hospital, fator contributivo na formação de uma equipe jovem, correspondendo a 73% na faixa etária de vinte e dois a trinta e cinco anos, 16,2% entre trinta e seis a quarenta e cinco anos e 10,8% com idade superior a quarenta e seis anos.

Dessa distribuição, observa-se que a faixa etária superior aos trinta e cinco anos concentra uma maioria de profissionais lotados na Unidade de Cuidados Críticos (UCI), onde as enfermeiras são mais experientes, pois assumem a função de preceptoria das residentes. Outra particularidade relacionada à exigência de experiência pela natureza da função refere-se ao serviço de Auditoria, no qual as enfermeiras necessitam comprovar experiência na área assistencial, preferencialmente em unidades de cuidados críticos e emergência como forma de garantir maior habilidade em auditar as contas a partir do conhecimento adquirido na prática do cuidado com o aparato tecnológico e material. Vale ressaltar ainda que cinco das oito enfermeiras com tempo superior a três anos encontram-se ocupando a função de gestoras.

O perfil socioeconômico foi avaliado considerando os itens de faixa salarial e apropriação de bens patrimoniais de maior custo financeiro, definidos nesse estudo como moradia e automóvel. Das trinta e sete respondentes, seis percebem salário inferior a três mil reais, todas da assistência e com um único vínculo empregatício; 54,1% possuem salário superior a três mil reais e 29,7% das enfermeiras e enfermeiros possuem salário superior a quatro mil reais; 48,6% possuem veículo automotivo próprio e 29,7% possui veículo em financiamento.

No quesito estado civil, 29,7% são casadas, 56,8% são solteiras; destas, apenas nove moram com os pais, o que sugere a busca por autonomia e independência financeira e pessoal. No geral, dezessete enfermeiras residem em moradia própria e dez custeiam aluguel.

O sofrimento resultante dos conflitos existentes entre as demandas profissionais e as exigências familiares, especialmente no papel de mãe e pai, parece-nos de menor relevância na população pesquisada, já que 73% das enfermeiras não têm filhos. Dez enfermeiras declararam ter filhos e procedemos a uma análise minuciosa desse grupo no sentido de correlacionar ao sentimento de culpa frequentemente gerado pela ausência do convívio com os filhos e com a sua educação com outros fatores concernentes ao universo do trabalho (função que exerce, natureza do vínculo empregatício, referência salarial, múltiplos vínculos) que podem aumentar a sobrecarga emocional geradora de sofrimento.

Trata-se de um grupo de três enfermeiras na função de gestoras do processo de trabalho da enfermagem e oito trabalhando na assistência ou auditoria. Apresentam significativa experiência profissional, duas possuem vinte anos de profissão, três possuem entre quatorze e quinze anos de profissão, uma enfermeira possui oito anos e quatro possuem entre quatro e cinco anos de formação profissional, numa faixa etária superior aos trinta anos, sendo cinco enfermeiras com mais de trinta e sete anos. No aspecto socioeconômico, observamos que quatro possuem moradia própria e quase a totalidade do grupo possui veículo

automotivo. A faixa salarial situa-se entre superior a três mil reais (três enfermeiras) e superior a quatro mil reais (sete enfermeiras), apenas uma referiu salário inferior a dois mil, sendo esta uma enfermeira com vínculo único e que não possui carro. O aspecto do sustento familiar possivelmente encontra reforço financeiro na possibilidade de partilhar as despesas domésticas com o cônjuge, haja vista que sete enfermeiras são casadas ou compartilham despesas com ex-cônjuge, no caso das duas enfermeiras que declaram ser divorciadas.

A natureza de vínculo empregatício nesse grupo está associada à função que exerce, sendo uma com vínculo de pessoa jurídica e duas celetistas na função de gestoras. Os seis restantes, na função de assistência e auditoria, são cooperados. Com exceção da gestora e de uma enfermeira da unidade de internação, todos possuem outro vínculo empregatício além do hospital, uma condição que agrega maior segurança e estabilidade financeira, bem como acesso aos direitos trabalhistas no segundo vínculo constituído.

Se por um lado a dupla jornada de trabalho somada a tripla jornada de exigências do contexto familiar atua como importante fator de desgaste psíquico, por outro, inferimos que o perfil das enfermeiras com faixa etária superior aos trinta e cinco anos, confere maior maturidade pessoal e profissional, somado a uma relativa condição socioeconômica, favorece a elaboração de estratégias para enfrentar os processos psicoafetivos relacionados à culpa e à sobrecarga, fatores geradores de tensão psíquica e conflito interpessoal no âmbito familiar e do trabalho. Concluímos que nesse grupo amostral, a interação entre a variável de ser mãe e pai com outras variáveis sociopessoais e profissionais não parece atuar negativamente na dinâmica do sofrimento no trabalho.

Por tratar-se de um hospital com apenas sete anos de funcionamento e que sofreu com uma alta rotatividade ao implementar a modalidade de vínculo empregatício por cooperativa, podemos afirmar que existe uma significativa parcela de profissionais que trabalham no hospital a mais de três anos (43%); sendo cinco com mais de cinco anos no hospital e onze, entre três e cinco anos de vínculo. Somam-se a essa equipe que aponta para o fortalecimento do vínculo, um grupo de onze enfermeiras com pouco mais de um ano e dez com menos de um ano, destas, seis lotadas na unidade de internação. O aumento no tempo de permanência parece validar a confiança dos profissionais com a nova cooperativa implantada, segundo relatos obtidos a partir das entrevistas com as enfermeiras gestoras e a entrevista coletiva.

A partir dos relatos, podemos apreender que essa confiança foi fortalecida graças à boa administração que vem desempenhando a diretoria da cooperativa a qual tem garantido a implantação de benefícios como o abono remunerado anual, a divisão do excedente de caixa,

a percepção do repouso remunerado, dentre outros. Uma gestão tecnicamente assessorada desde a sua fundação e pautada nos princípios cooperativistas de transparência, participação, autogestão e a auto-educação, indispensáveis aos cooperados, segundo relatos de enfermeiros com vínculo cooperativado.

O perfil aponta para uma equipe jovem tanto com relação ao tempo de vínculo no hospital e de experiência profissional, como em relação à faixa etária. Essa característica nos remete à concepção de que essa é uma fase da maturidade pessoal e profissional onde prevalece a visão romântica e passional sobre a estrutura do trabalho, onde o encantamento é mais elevado e o potencial de crítica habitualmente mais reduzido, favorecendo a transformação e racionalização das vivências de sofrimento no trabalho.

Entretanto, emergiu do grupo mais jovem do hospital, conforme dados obtidos no EIPST e na entrevista coletiva, uma unidade em que a relação de mando e comando se estabelece na vigência de conflitos. Esses conflitos, segundo as enfermeiras, são gerados pela inadequação da comunicação verbal e não verbal estabelecida pela coordenadora, que tem uma débil capacidade de escuta e expressa conteúdos referentes à dinâmica do trabalho, em local e horário inapropriado, constrangendo as enfermeiras em público, repercutindo na capacidade das enfermeiras, de permanecerem emocionalmente estável no desempenho de suas atividades laborais. O fato de se tratar de um grupo jovem, entusiasta, passional e motivado pelo crescimento pessoal, características favoráveis às vivências do prazer, isto não deve sugerir que se encontre menos exposto às vivências do sofrimento na organização do seu trabalho.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Entendendo que, para apreender esse objeto deveríamos favorecer a elucidação de conteúdos manifestos pelos diferentes atores envolvidos no processo de trabalho elegemos diferentes técnicas para proceder à coleta de dados: levantamento de dados documentais, entrevista semi-estruturada individual, entrevista coletiva e preenchimento do formulário de escala de indicadores de sofrimento-prazer no trabalho (EIPST), associando a observação direta das condutas e comportamentos na aplicação de todas as técnicas.

#### a) Entrevista semi-estruturada individual

A opção pela entrevista semi-estruturada se justificou pela possibilidade de obter respostas com conteúdos que realmente reflitam a existência/relatos de sofrimento no e do ambiente de trabalho, relacional à organização do trabalho, o sofrimento e a dinâmica saúde-doença da enfermeira. A aplicação desse instrumento abrangeu uma equipe gestora de oito enfermeiras, alocadas na função de gerentes do serviço de enfermagem; coordenadoras das unidades de assistência, da auditoria, supervisora da central de material esterilizado e do serviço de controle de infecção hospitalar, por entendermos que a enfermeira da SCIH exerce função gestora à medida que estabelece normas, procedimentos e monitoramento dos processos de trabalho das enfermeiras da assistência.

A nossa tentativa foi compreender, explicitar e explicar a dinâmica do sofrimento na organização do trabalho, a partir do olhar do gestor e a confrontação com os dados obtidos através dos demais instrumentos de coleta de dados, buscando evidenciar os pontos contraditórios, homogêneos, ou ainda complementares.

A utilização desse instrumento elucidou a forma como se processam as relações de poder e comando; a estruturação dos processos de trabalho; a flexibilização das regras; a permissividade para que a enfermeira utilize a sua inventividade; a contemplação da subjetividade e do respeito nas relações profissionais e o reconhecimento do trabalho executado, dentre outros fatores pertencentes ao modelo de gestão adotado. Por sua natureza interativa a entrevista nos permitiu aprofundar a apreensão desses temas complexos. (APÊNDICE D)

Observamos que a entrevista semi-estruturada favoreceu a descrição do sofrimento, sua explicação e compreensão, tanto dentro da situação específica do hospital estudado, como em situações de dimensões maiores, quando surgiam comparações com outros vínculos empregatícios ou reflexões acerca do trabalho da enfermeira em um contexto social. Como é observado por Triviños (1995), através da entrevista é possível emergir dimensões específicas e dimensões maiores do fenômeno social estudado.

Corroborando a concepção de Minayo (2000), através da fala como instrumento revelador de condições, maneira de pensar, de sentir e de atuar, foi viabilizada a narrativa dos sujeitos, o que nos permitiu obter informações sobre o objeto investigado. Foi introduzido o objeto do estudo através da primeira pergunta constante no roteiro, pedindo que o sujeito falasse sobre o tema, sendo inseridos, eventualmente, tópicos que auxiliavam na reflexão do

sujeito acerca do tema. Desta maneira, o sujeito seguiu o fluxo espontâneo de seus pensamentos e de suas experiências dentro do tema principal colocado pelo pesquisador no começo da entrevista.

As entrevistas foram gravadas e imediatamente transcritas para facilitar o registro de outros elementos constituintes do discurso, tais como, como, gestos, silêncios enunciados, seqüências, também registrados em um roteiro norteador (APÊNDICE D - continuação).

As anotações gerais sobre atitudes e comportamentos das entrevistadas foram realizadas em instrumento pré-definido para facilitar a análise por categorizações. Este registro sutil ocorreu à medida que não representou distanciamento do pesquisador para com o discurso proferido pela entrevistada. Oferecemos às entrevistadas a opção de escutar seus depoimentos no sentido de permiti-las completar, aperfeiçoar e destacar as suas próprias idéias. A esse respeito, Triviños (1995) refere que se a entrevista gravada é acompanhada de anotações gerais sobre atitudes e comportamentos do entrevistado, pode contribuir melhor ainda para os esclarecimentos que busca o pesquisador. Em duas entrevistas que haviam sido concluídas, houve desejo da entrevistada em completar depoimentos, que foram imediatamente gravados.

Esse caráter interativo e semi-estruturado nos permitiu acrescentar outras perguntas que esclareceram, aprofundaram e revelaram conteúdos a partir de uma resposta inicial mais diretiva. Ao final de todas as entrevistas, inclusive na entrevista coletiva, solicitamos que as entrevistadas completassem com quaisquer reflexões, pensamentos ou palavras que surgissem diante da frase, “A organização do trabalho da enfermeira deve”...?. Essa conduta se constituiu de grande valia na apreensão de um pensamento central sobre a organização do trabalho da enfermeira. Essa etapa de retroalimentação permitiu retomar pontos não definidos na entrevista semi-estruturada e obter o máximo de informações.

A previsão inicial de meia hora a uma hora para cada entrevista foi respeitada. Ressaltamos que a flexibilidade deste tempo em função das circunstâncias em que se processou a entrevista e principalmente em função do teor das respostas fornecidas permitiu que algumas entrevistadas excedessem o tempo previsto.

Utilizamos um formulário para a identificação do perfil dos sujeitos, buscando favorecer posteriormente a categorização do perfil do grupo estudado e as possíveis interações dos dados sócio-econômico e profissional com a ocorrência do sofrimento psíquico na enfermeira.

## b) Entrevista coletiva com a enfermeira da assistência de diferentes unidades

Optamos pela utilização desse modelo, considerado o mais apropriado pela psicodinâmica do trabalho para viabilizar o acesso do pesquisador aos conteúdos latentes relacionados às vivências de prazer-sofrimento, reconhecimento e estratégias de enfrentamento utilizadas para garantir o equilíbrio pessoal e a manutenção da capacidade produtiva.

O acesso a esse conteúdo da intersubjetividade, segundo Dejours (1992), se dá por meio da palavra; mais precisamente entre a palavra pertencente à demanda do trabalhador e à escuta do pesquisador. A medida que o sujeito fala sobre si, ele toma consciência do seu comportamento e colabora para a mudança da sua percepção a respeito da situação da vida. Segundo o autor, a análise da psicodinâmica não se aplica a processos de cura dos conflitos e não deve ser confundida com psicoterapia de grupo, pois ao se fundamentar na clínica do trabalho, representa a construção de um espaço coletivo da fala e da escuta dos sujeitos e os modos de pensar e agir sobre a realidade para transformar a organização do trabalho.

Por isso, assumimos como premissa básica nessa metodologia a criação de um espaço de discussão sobre a dinâmica do prazer-sofrimento a partir da organização de trabalho da enfermeira, buscando a inteligibilidade das estratégias que permeiam o universo da subjetividade e são utilizadas para mediar o sofrimento-adoecimento.

A nossa postura foi a de facilitadora da livre expressão da fala, escutando, refletindo e eventualmente intervindo na dinâmica do grupo, privilegiando sempre a discussão e troca de experiência entre trabalhadores, facilitando a clarificação dos caminhos por eles escolhidos para fazer frente ao sofrimento (MENDES, 2007).

A entrevista coletiva foi planejada com o intuito de constituir um espaço para manifestar a intersubjetividade dos executores do processo de trabalho. Seriam quatro encontros com as enfermeiras e enfermeiros voluntários da assistência e da auditoria. Primeiramente, procedemos à aproximação com os sujeitos, esclarecendo sobre a importância daquele espaço de fala e escuta, e apesar da receptividade dos mesmos, não foi possível estabelecer uma data comum em que todos estivessem disponíveis e fora da rotina de trabalho no hospital em estudo, pois a maioria (73%) possui duplo vínculo empregatício. A indisponibilidade do grupo fez-nos reportar à gerência de enfermagem, que juntamente com as coordenações, autorizou a liberação de um participante de cada unidade dentro do turno de trabalho. Essa medida permitiu a formação de um grupo com cinco participantes que já

havia mantido contato conosco, conheceram o objeto de pesquisa e preencheram o inventário da Escala de Indicadores Prazer-Sufrimento no Trabalho (ANEXO 3).

A esse respeito, Mendes (2007) explica que a técnica de entrevista coletiva utilizada na pesquisa em psicodinâmica permite a interação pesquisador-pesquisado e fala-escuta dos conteúdos sobre a organização do trabalho e a dinâmica de prazer-sofrimento, podendo ser aplicada em um único encontro com um grupo mínimo de três e máximo de seis participantes.

A entrevista coletiva foi realizada fora do hospital, em um ambiente que favorecia a desconexão com a rotina do trabalho e viabilizava a interação entre os participantes. O trabalho foi conduzido por uma psicóloga com experiência em dinâmicas de grupo e pela pesquisadora, contando com a participação de uma enfermeira em capacitação da especialização em enfermagem do trabalho, na condição de observadora e responsável pela gravação do trabalho. Esta foi autorizada pelo grupo após compromisso com o sigilo no tratamento dos conteúdos manifestos, sendo vetada a divulgação das imagens. Organizada de forma a estimular uma gradativa interação e discussão do tema, buscamos desenvolver os temas centrais subsumidos nos objetivos do estudo, utilizando uma dinâmica que disparou as discussões do coletivo de quatro enfermeiras e um enfermeiro, compreendendo as seguintes etapas: acolhimento, apresentação dos objetivos do estudo e afirmação do compromisso do grupo com o sigilo, apresentação dos responsáveis pela condução da entrevista e por fim, a apresentação dos cinco participantes através de uma dinâmica de aquecimento e integração, onde cada participante pôde se identificar a partir de referências descritas em um cartão de identificação (Figura 2).

Visando disparar as reflexões, foram implementadas duas estratégias: uma tempestade de idéias para as palavras Ser-Fazer-Sufrer-Prazer (Quadro 3) e uma reflexão grupal sobre três binômios construídos a partir dessas palavras chaves: Ser-Fazer: pontos favoráveis e pontos críticos ao crescimento pessoal e profissional presentes na organização do trabalho; Ser-Sufrer: em quais situações o trabalho se torna fonte de sofrimento e o que fazemos para reverter essa situação e para finalizar, o binômio Ser-Prazer: em quais situações o trabalho se torna fonte de prazer? O que entendo por reconhecimento e de quem espero reconhecimento?

DATA MARCANTE	NOME	SONHO
LAZER/HOBBY		HABILIDADE

Figura 2: Cartão de identificação das enfermeiras participantes da entrevista coletiva, 2007.

A entrevista coletiva buscou através da livre expressão dos integrantes, identificar qual a percepção das enfermeiras sobre a dinâmica do sofrimento-prazer e a forma como se organiza o seu processo de trabalho. Para favorecer a discussão e facilitar o pensar em conjunto, o grupo foi conduzido por um coordenador e um moderador através de uma abordagem não diretiva, que utilizou um roteiro aberto, apresentado ao grupo no início das discussões. O registro das atitudes, expressão não verbal e dinâmica corporal se processou através de um observador não autorizado a intervir nas discussões.

A entrevista coletiva encerrou-se com a construção de um discurso coletivo validado pelo grupo, que foi gravado e transcrito para favorecer a análise de conteúdo categorial que permitiu conformar juntamente com a análise das entrevistas individuais, as categorias analíticas que se relacionaram ao objeto do estudo.

c) Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento e escala de indicadores prazer-sofrimento no trabalho

Mendes (2007) relata que o aumento das pesquisas em psicodinâmica do trabalho fez surgir uma demanda para atender grandes grupos de trabalhadores quanto ao diagnóstico de riscos à saúde no trabalho. Nasce nesse contexto um instrumento elaborado no ano de 2003 por Ferreira e Mendes: o inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA). Após ter sido validado, o ITRA foi adaptado e revalidado em 2004 e novamente submetido à validação em 2006 (MENDES, 2007). Dessa trajetória de validações construiu-se a terceira versão, composta de quatro escalas que avaliam quatro dimensões da inter-relação entre trabalho e risco de adoecimento.

Apesar da coerência do instrumento que contempla distintas e interdependentes modalidades de representações relativas ao mundo do trabalho, optamos pela utilização de

apenas uma das escalas do ITRA, a Escala de Indicadores Prazer-sofrimento no Trabalho (EIPST). Consideramos que os itens relativos às vivências de prazer e sofrimento no trabalho inventariados nessa escala contribuiriam com a consolidação da análise qualitativa do objetivo desse estudo: a dinâmica do prazer e sofrimento na organização do trabalho da enfermeira.

Procedemos a uma pesquisa de estudos que utilizaram o ITRA e identificamos que outros autores com Rego e col.; Silva; (MENDES, 2007), também optaram pela aplicação parcial do instrumento sem prejuízos na coleta e análise de dados, pois foi possível fornecer dados complementares à avaliação qualitativa do sentido do trabalho e das vivências de prazer e sofrimento do coletivo.

Mendes (2007) afirma que a interpretação final do resultado do ITRA pode ocorrer de forma qualitativa, por meio de uma discussão que compare e confronte resultado, numa perspectiva dialética, não devendo se restringir à estatística e à simples descrição da realidade, pois sua fundamentação teórica permite uma análise qualitativa da realidade.

Ao refletirmos sobre a natureza qualitativa desse estudo, poderíamos considerar excedente ou inapropriado a utilização de uma técnica de coleta de dados de estruturação quantitativa. A escolha por esse instrumento, passível de ser aplicado, se fundamentou na oportunidade de obter dados do coletivo de enfermeiras e se constituiu em uma terceira fonte de dados a compor o método de análise por triangulação de dados. A opção por esse instrumento permitiu confrontar suas representações relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho com os dados obtidos através das entrevistas.

A inserção no campo de pesquisa fortaleceu a necessidade de aplicação dessa técnica, em um contexto de grande dificuldade para consolidar a aplicação da entrevista coletiva que foi projetada para quatro encontros e se concretizou em apenas um. Garantimos, desta forma, a coleta de dados através da EIPST, um instrumento validado como complementar à análise da clínica do trabalho.

O EISPT é a terceira das quatro escalas do ITRA, e é composta por quatro fatores: dois para avaliar o prazer, realização profissional e liberdade de expressão, e dois para avaliar o sofrimento, esgotamento profissional e falta de reconhecimento. Essa escala, que se propõe a descrever o sentido do trabalho para os respondentes, se relaciona com as duas categorias centrais da psicodinâmica do trabalho e desse estudo, o prazer e o sofrimento (ANEXO 3).

Desta forma, para avaliar a ocorrência das vivências indicativas de prazer-sofrimento no trabalho, contempla fatores pertinentes a: a) realização profissional: vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz; b) liberdade de expressão: vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho; c)

esgotamento profissional: vivência de sofrimento, frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho e d) falta de reconhecimento: vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não-reconhecimento do seu trabalho.

A análise de cada fator individualmente, seguido do seu conjunto, conduz a uma interpretação que, dependendo dos fatores predominantes, são classificados como satisfatórios, críticos e graves. Satisfatório significa um resultado positivo e produtor de prazer no trabalho, aspecto a ser mantido e consolidado no ambiente organizacional. Crítico é um resultado mediano, indicador de situação limite e que pode estar potencializando o sofrimento no trabalho; sugere intervenções a curto e médio prazo. Por fim, uma avaliação grave indica sofrimento e sugere intervenções imediatas nas causas para elimina-las ou atenuá-las.

Estes resultados são agrupados como indicativos de prazer e sofrimento no trabalho. Na primeira classificação se agrupam valores acima de 4,0 pontos e representam uma avaliação mais positiva e satisfatória para o prazer; entre 3,9 e 2,1 pontos, uma avaliação crítica, indicativa do estado de alerta; abaixo de 2,0 pontos uma avaliação em que raramente ocorrem vivências de prazer e traduz uma condição grave, que sugere intervenção em curto prazo na organização do trabalho e é indicativa de sofrimento naquele grupo pesquisado.

Na segunda classificação, referente às vivências de sofrimento, a pontuação ocorre de forma inversa. Os valores pontuados acima de 4,0 representam uma avaliação negativa e grave; entre 3,9 e 2,1 uma avaliação moderada e crítica, e abaixo de 2,0, uma avaliação mais satisfatória às vivências de prazer.

Para favorecer a compreensão desse instrumento de coleta de dados, respeitando as definições estabelecidas pela autora, organizamos no Quadro 1 todos os itens propostos para avaliar as vivências de prazer, agrupados nos conjuntos de realização profissional e liberdade de expressão, e os itens relacionados às vivências de sofrimento no trabalho, que foram agrupados nos conjuntos de esgotamento profissional e falta de reconhecimento.

O fator de confiabilidade de cada conjunto de itens foi definido na concepção do instrumento, com base na técnica de análise fatorial e validado em uma pesquisa realizada por Mendes (2007), envolvendo 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal.

Quadro 1: Fatores indicativos de prazer e sofrimento analisados no inventário EIPST, 2007.

1º Realização profissional Confiabilidade 0,93	2º Liberdade de expressão Confiabilidade 0,80	3º Esgotamento Profissional Confiabilidade 0,89	4º Falta de reconhecimento Confiabilidade 0,87
-Satisfação -Motivação -Orgulho pelo que faço -Bem-estar -Realização profissional -Valorização -Reconhecimento -Identificação com as minhas tarefas -Gratificação pessoal com as minhas atividades	-Liberdade com a chefia para negociar -Liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas -Solidariedade com os colegas -Confiança entre os colegas -Liberdade para expressar minhas opiniões no local do trabalho -Liberdade para usar minha criatividade -Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias -Cooperação entre colegas	-Esgotamento emocional -Estresse -Insatisfação -Sobrecarga -Frustração -Insegurança -Medo	-Falta de reconhecimento do meu esforço -Falta de reconhecimento do meu desempenho -Desvalorização -Indignação -Inutilidade -Desqualificação -Injustiça -Discriminação

## d) Etapas para coleta de dados documentais e observação não participante

Essa etapa foi indispensável na caracterização do lócus de pesquisa. Nesse sentido, destaco a definição que Triviños (1995, p.160) que designa esse método de coleta de dados, através de documento oficial e técnico-administrativo, como o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, diretrizes que, ao primeiro olhar, não se apresentam com a devida clareza. O autor, ao abordar os diferentes enfoques do fenômeno social, refere-se ao dado documental como um elemento produzido pelo meio, relacionados à vida peculiar das organizações e destinados geralmente para o consumo de seus membros.

Nesse estudo, consistiu-se basicamente na análise do organograma administrativo de um vídeo que versava sobre a história do hospital e seus processos de trabalho e de documentos sobre a participação da enfermeira em reuniões ou eventos. Grande parte dessa etapa consistiu em uma observação não participativa da dinâmica nos serviços, de como ocorriam os registros nos livros instituídos para viabilizar a comunicação das enfermeiras nos diferentes turnos de trabalho.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 A PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A DINÂMICA DE PRAZER E SOFRIMENTO: ANÁLISE POR TRIANGULAÇÃO DE DADOS

A análise pelo método de triangulação permitiu confrontar resultados de três diferentes fontes de dados que representavam a expressão de dois olhares distintos sobre o tema estudado, viabilizando a representatividade das partes constituintes desse organismo, com estruturas e sistemas que se interligam e ganham vida na ação do ser humano.

A estratégia de triangulação de métodos na análise e interpretação dos dados nos permitiu, utilizando-nos do pressuposto de Minayo (2005), que os dados da pesquisa estabelecessem um diálogo permanente entre si, respeitando os momentos em que foram tecnicamente distintos e ao mesmo tempo, combinados .

Os dados triangulados emergiram das três diferentes fontes de coleta de dados: as entrevistas individuais, a entrevista coletiva e o resultado do inventário da EIPST.

Para proceder à análise dos discursos proferidos nas entrevistas utilizamos o método de análise dos núcleos de sentido (ANS), uma técnica adaptada a partir da técnica de análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1999), e que caracteriza um olhar particular sobre os dados e informações contidas na mensagem falada, ou nos silêncios, balbucios, repetições e lapsos. Esses elementos reveladores foram levados em consideração no processo de análise desse estudo.

Utilizamos o procedimento sistemático de leitura flutuante e exaustiva de todo conteúdo coletado, identificação dos núcleos de sentido que se encontravam em segundo plano e que foram agrupados conformando quatro categorias que resguardaram os conteúdos das mensagens proferidas, buscando atingir, a partir de significantes e significados manipulados, outros significados de natureza psico, socio, político, histórico e cultural.

O resultado da EIPST nos permitiu processar uma análise qualitativa com referência a diferentes itens relativos às vivências de prazer ou de sofrimento e com referência à classificação geral como satisfatória, crítica ou grave. Na avaliação positiva ou satisfatória procedemos à interpretação das condições da organização do trabalho da enfermeira, que merecem ser mantidas por serem favoráveis às vivências de prazer e ressignificação do sofrimento e na avaliação negativa (classificação geral crítica ou grave) a sinalização para as

intervenções a médio ou curto prazo, que devem ser implementadas para não se configurar o adoecimento no trabalho.

Os dados coletados sobre a organização do trabalho da enfermeira e a dinâmica do prazer-sofrimento foram submetidos à técnica de análise por triangulação de dados, visando evidenciar as contradições, as discordâncias, as homogeneidades, e quem sabe, suscitar dados divergentes que tencionassem o pressuposto apresentado nesse estudo. Desta forma validaríamos o papel fundamental da pesquisa e do pesquisador na construção do conhecimento sempre inacabado. Descrevemos uma representação triangular com as diferentes fontes de dados e que utilizamos na metodologia dialógica hermenêutica da construção do sentido dos conteúdos expressos pelo sujeito.

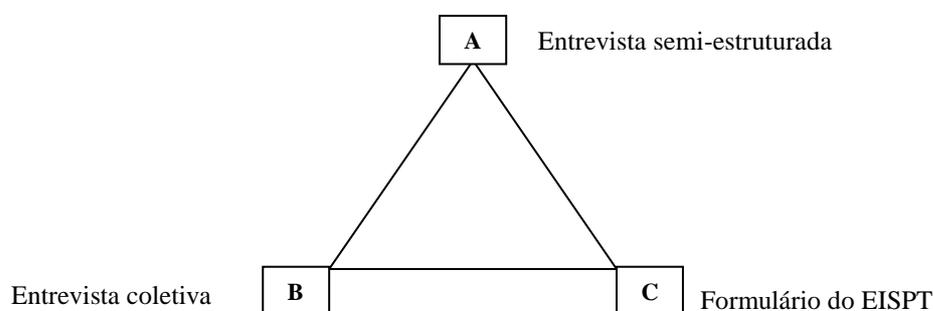


Figura 3: Representação da triangulação dos dados coletadas no estudo de caso de um hospital privado da cidade de Salvador, 2007.

Nosso entendimento é que esse método dialoga com os conceitos apresentados pela psicodinâmica do trabalho, à medida que focaliza os processos e produtos centrados no sujeito, os elementos produzidos pelo meio do sujeito e os processos e produtos originados pela estrutura na qual o sujeito encontra-se inserido TRIVIÑOS (1995).

Os dados obtidos através de três diferentes técnicas de coleta de dados, entrevista semi-estruturada, entrevista coletiva e preenchimento da escala de indicadores do prazer-sofrimento no trabalho, permitiram identificar aspectos da organização do trabalho que se relacionam com a dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho da enfermeira.

A abordagem da psicodinâmica assegurou a escuta que viabilizou o acesso ao trabalho real executado pelo trabalhador, confirmando que a organização do trabalho não será concretamente refletida se não estabelecer um canal para pensar e falar coletivamente. Foi preciso conhecer e analisar o discurso proferido em um contexto singular, em um dado momento histórico, que confere sentido aos conteúdos manifestos.

É fundamental ressaltar que a palavra, no instante em que é proferida, age como meio para a inteligibilidade, o que ainda não está na esfera do consciente. Pode-se falar, sem se dizer nada, mas, à medida que a palavra é dirigida ao outro, a objetivação do vivido poderá representar mudanças na gestão coletiva da organização do trabalho. Isso ocorre porque falar com alguém é um meio vigoroso de pensar a experiência vivida subjetivamente (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

A coerência e a interação constantes dos textos produzidos foram observadas na manutenção do mesmo traço semântico com que se processaram as palavras e até pela recorrência e reiteração dos trechos discursados, que revelaram a concepção do mundo, crenças, valores, expectativas, inquietações, entre outros elementos constituintes do meio oculto do enunciador.

Foi observado através dos dados coletados um conjunto de reflexões permeadas de subjetividade que rompeu com o pensamento individualizado e permitiu a construção coletiva de um discurso tecido de convergências, mas com espaço para posições divergentes e complementares que coexistem nas relações de trabalho.

Na construção da identificação individual e grupal elaborada a partir da dinâmica de apresentação (Quadro 2) e da dinâmica da tempestade de idéias (Quadro 3), observamos que a categoria trabalho apareceu em todas as representações elaboradas em uma realidade concreta. Foram referidas palavras que remetem à importância do trabalho na percepção do ser, fazer, sofrer e prazer, como também na construção da identidade a partir do enunciado relacionado a uma data marcante, ao lazer, sonho e habilidades.

No item referente ao sofrer, emergiram palavras que se aplicavam ao contexto de vida e citações específicas à organização do trabalho como dobrar plantão e escala de trabalho e, por fim, a recorrência dos objetivos profissionais como forma de se alcançar o prazer. Essas representações são coerentes com o pressuposto da centralidade do trabalho na estruturação de identidade do sujeito e da sua importância na dinâmica do prazer-sofrimento.

Abaixo, apresentamos dois quadros elaborados com o intuito de demonstrar como a categoria trabalho é referência nas elaborações das enfermeiras que participaram da entrevista coletiva. A partir desses construtos elaborados durante a dinâmica de apresentação no grupo (Quadro 2) e durante a dinâmica de torrente de palavras livremente expressas pelas enfermeiras (Quadro 3) após terem recebido o estímulo de uma palavra-chave que funcionou como disparadora das associações mencionadas.

Quadro 2: Identificação esquematizada pelas enfermeiras participantes da entrevista coletiva, 2007.

<b>NOME</b>	<b>DATA MARCANTE</b>	<b>SONHO</b>	<b>HOBBY</b>	<b>HABILIDADE</b>
GIRASSOL	Aniversário da filha	Estabilidade: financeira, emocional e familiar	Praia e viagem	Negociação Diálogo
TULIPA	A formatura: realização de um sonho	Viajar para Paris	Ver filmes	Ser companheira sempre
ROSA	Meu aniversário	Realização profissional (ser enfermeira a vida toda e destacar-me)	Viajar e sair do cotidiano	Dividir as tarefas
MARGARIDA	Aniversário da filha	Ter um emprego só	Música	Ser mãe
AZALÉIA	Chegou com atraso e não realizou a apresentação utilizando esse modelo			

Quadro 3: Tempestade de idéias para as palavras-chave: Ser – Fazer – Sofrer – Prazer, 2007.

<b>SER</b>	<b>FAZER</b>
Humano Profissional Determinação Autenticidade Representar Justo Racionalidade Existir	Tarefas Cumprir Trabalho Fazer bem feito Tentar Concretizar Obrigações Amor
<b>SOFRER</b>	<b>PRAZER</b>
Morte Adoecer Perder Dobrar plantão Escala pesada Cumprir carga horária Decepcionar	Realizar Namorar Amor Companhia Comer bem Atingir objetivos profissionais Conquistar Boa remuneração

Na busca desses conteúdos latentes, utilizamos o percurso estabelecido pela análise de conteúdo de Bardin, procedendo a uma leitura flutuante dos textos elaborados na transcrição das entrevistas com gestoras e com o coletivo de enfermeiras executoras do processo de trabalho; em seguida, uma leitura exaustiva, em profundidade, para depreender os temas que conduziam a um mesmo bloco de significações denominadas de núcleos de sentido, que se somaram, ou se confirmaram, permitindo a evocação de suas convergências e divergências na construção de quatro categorias que estão relacionadas a seguir.

## 4.2 CATEGORIAS CONFORMADAS A PARTIR DA ANÁLISE DOS DADOS

a) A relação entre a organização do trabalho e a dinâmica prazer-sofrimento:

a.1) Existe participação na formulação do processo de trabalho da enfermeira? Nessa subcategoria, constituímos como núcleos de sentido a ocorrência do planejamento das atividades e clareza na definição das tarefas; o uso da criatividade e inteligência prática no trabalho realizado e as reflexões sobre o trabalho real e trabalho prescrito, a divisão entre quem planeja e quem executa.

a.2) Reflexos do modelo de gestão na dinâmica do prazer-sofrimento: O sentido é conferido pela centralidade do poder e da autonomia das enfermeiras na organização do seu trabalho; pela liberdade de expressão como uma necessidade, evocado no forte sentimento de pertença - um adubo das vivências de prazer e o encontro com o reconhecimento desejado. Também se configurou como um núcleo de sentido relacionado à organização do trabalho, a reprodução de comportamentos institucionalizados, a força do coletivo na definição de uma dinâmica de autogestão e o perfil de um hospital escola que promove um ambiente de crescimento contínuo e valorização profissional.

b) As relações profissionais mobilizam sentimentos de prazer e de sofrimento: Essa categoria versa sobre o trabalho como categoria que se constitui com e para alguém. A enfermeira encontra favorabilidade ao crescimento profissional e pessoal quando o sujeito se encontra mergulhado em relações socioprofissionais com a presença fundamental de elementos como a cooperação, união e respeito, num contexto de comunicabilidade que conduz a entendimentos e conflitos.

c) Condições de trabalho na dinâmica do sofrimento: Nessa categoria foram agrupados os fatores relacionados direta ou indiretamente à macroestrutura do trabalho em enfermagem, como a interferência do trabalho de outros profissionais, a jornada de trabalho da enfermagem, do trabalho ininterrupto, estrutura física e material desfavoráveis e baixa remuneração.

d) Estratégias coletivas e individuais na ressignificação do sofrimento: Em encontro aos objetivos desse estudo, essa categoria emergiu definindo as estratégias individuais e coletivas utilizadas pelas enfermeiras no alcance do seu equilíbrio bio-psico-socio-profissional.

Visando favorecer a compreensão das categorias anteriormente descritas, apresentamos um esquema analítico de três eixos categoriais que emergiram da coerência e recorrência dos núcleos de sentido nas falas das enfermeiras e que intermediam uma rede de significações que dialoga com a abordagem psicodinâmica do trabalho, buscando explicações lógicas e coerentes sobre como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho das enfermeiras numa realidade concreta, um hospital particular de Salvador.

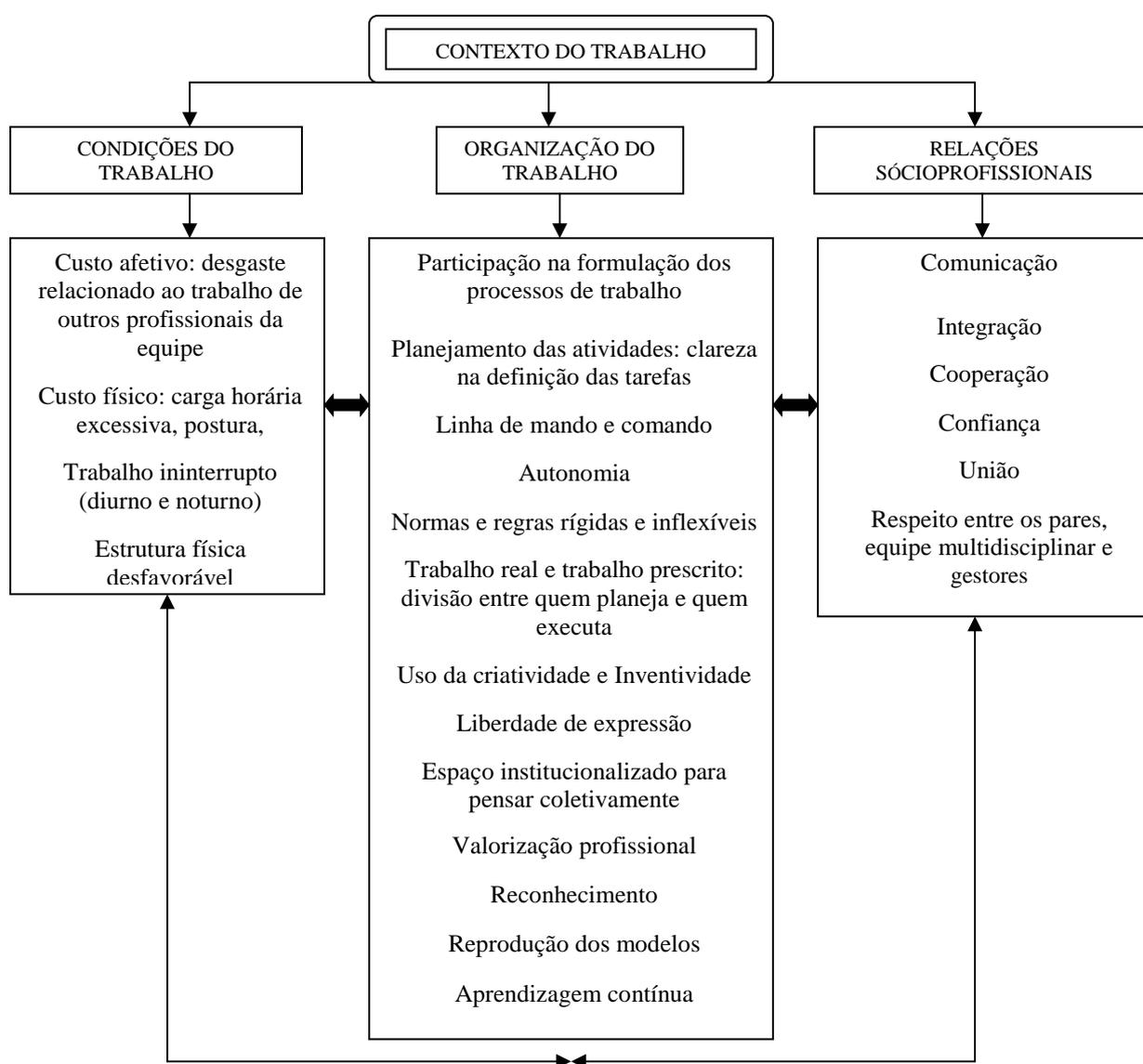


Figura 4: Análise categorial do contexto de trabalho das enfermeiras em um Hospital Privado da Cidade de Salvador, 2007.

a) A relação entre a organização do trabalho e a dinâmica prazer-sofrimento

Essa categoria, revestida de grande significado para a abordagem psicodinâmica, instaura uma lógica da concepção do sujeito na formulação do seu processo de trabalho, evidenciando divergências sobre a percepção dessa participação, se existe e como ocorre no hospital estudado. Essa divergência deu-se não somente entre as gestoras e as enfermeiras encarregadas de executar o processo de trabalho, como entre as enfermeiras de diferentes unidades, sendo essa uma percepção mais sutil e de difícil expressão.

Se nos reportarmos a Dejours (1992; 1994), veremos que esse contexto de trabalho se ajusta à questão da organização do trabalho, pois se refere à divisão do trabalho, ao conteúdo da tarefa e às relações de poder que envolvem o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as questões da responsabilidade.

No âmbito hospitalar, o cuidado com os pacientes se constitui em principal objeto de trabalho da enfermeira. Esse fazer técnico é compartilhado com diversos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, que de forma complementar e não necessariamente interacional, dividem o saber técnico que delimita o espaço de cada profissional. Ainda que em todas as categorias exista um claro direcionamento para a integralidade do cuidado, na prática, o processo do cuidado é delineado pela atuação da categoria médica na esfera da patologia e na definição diagnóstica e do tratamento; da categoria de nutrição, delimitando o suporte nutricional e dietético; o da fisioterapia, que focaliza a restauração e manutenção motora e respiratória para os pacientes em regime de internação hospitalar; e o da psicologia, perpetrando o universo psíquico na busca da restauração biopsíquica do paciente. São múltiplos olhares que submetem o mesmo objeto de trabalho, o corpo do paciente, a uma ação técnica pontual, estandardizada e por vezes desconectada da visão sistêmica.

Mergulhada nesse mesmo universo, a enfermeira assume o papel de cuidador, favorável à interação dessas diversas partes que foram fragmentadas na ação de uma equipe multiprofissional, atuando como uma ponte entre a organização e a viabilidade do trabalho de todos os técnicos da saúde. Como ponte entre as partes visualizadas por esses diferentes técnicos, e ao mesmo tempo no paciente, a enfermeira deve promover a comunicação do que foi percebido em suas partes à medida que sistematiza o cuidado, estabelecendo um planejamento das ações que devem contemplar as múltiplas intervenções e garantir o bem-estar do paciente.

Na ausência de uma clara identificação da parte que lhe cabe, ela é submetida a um arsenal de cobranças advindas dos diferentes partícipes desse processo, cobranças que

favorecem a pressão psíquica no trabalho. Recortamos duas falas que são representativas dessa percepção:

[...] daí você percebe que se envolveu com coisas que não faz parte da sua gestão, enquanto a administração do paciente faz parte de um todo que pode estar aquém e você é quem resolve tudo. Você resolve tudo. (CRAVO)

[...] a enfermeira é solicitada pra tudo, se a dieta atrasou, o enfermeiro é solicitado, se o médico não chegou pra dar alta, o enfermeiro é solicitado, e tem outras coisas que ela pode resolver de imediato e tem outra que ela depende dos outros profissionais, e isso causa sofrimento. [...] Ela não tem que dar conta de tudo. (ORQUÍDEA)

Nesse sentido, se por um lado a falta de uma concreta delimitação no campo das responsabilidades pode se insurgir desfavoravelmente às vivências de prazer no trabalho da enfermeira, por outro, elas consideram sua profissão tão desafiadora quanto encantadora, fortalecendo o sentimento de satisfação na prática profissional. Percebemos esse registro nos depoimentos:

[...] Eu gosto muito do que eu faço e tenho assim o maior prazer em ver um paciente chegar grave, eu conseguir estabilizar ele ou transferi, vê-lo bem. Eu sou apaixonada por edema agudo de pulmão. (VIOLETA)

[...] Pra mim é prazeroso ser enfermeira, eu gosto do que eu faço! Acho que se me perguntar se você não fosse enfermeira o que você seria? Infeliz. (ORQUÍDEA)

[...] Claro que galgar nessa profissão é difícil, têm situações que você cai e você levanta, anda três passos e anda dez, e assim vai se levando e hoje em dia não sei fazer outra coisa, eu amo a minha profissão. (PETÚNIA)

O sentimento de orgulho pelo que faz na EIPST foi expresso por todos os sujeitos de pesquisa (vinte e nove enfermeiras), com elevada ocorrência no cotidiano de trabalho. Ao se questionar sobre a percepção desse sentimento nos últimos seis meses, as respostas foram: dezoito mencionaram que por seis vezes ou mais sentiram orgulho pelo que fazem, dez citaram essa percepção por quatro ou cinco vezes e uma, por três vezes. A análise desse resultado, de acordo com a interpretação da EIPST, revela a vivência de gratificação profissional e uma classificação satisfatória para a vivência de prazer.

#### a.1. Existe participação na formulação do processo de trabalho da enfermeira?

O primeiro núcleo que constituiu sentido a essa subcategoria foi a participação das enfermeiras na formulação do seu processo de trabalho. Planejar esse processo de trabalho tão

permeado de conteúdos, informações particularizadas, interações constantes, prontidão de respostas, subjetivações, recursos físicos, instrumentais e humanos não se constitui em tarefa exequível em curto tempo. Para promover a participação da enfermeira na definição do seu processo de trabalho é necessário que se estabeleça um planejamento de liberação da carga horária de trabalho dentro da unidade de cuidado ao paciente, haja vista que a sua ausência, no decorrer das atividades diárias, representa uma dificuldade operacional. A esse respeito, recortamos os depoimentos confirmatórios:

[...] a participação ocorre em um trabalho mais tete a tete, de orientação, de conversa, de troca de experiências no momento do trabalho (JASMIN).

[...] Não é sempre que essa equipe participa [...] até por dificuldades de juntar a equipe (JASMIN).

Pautando-se nessa dificuldade admitida pelo coletivo de enfermeiras, os gestores optam por conferir a participação em situações pontuais, por vezes envolvendo as enfermeiras que estejam presentes no dia e horário da revisão de um procedimento, da reestruturação física da unidade ou na instalação de novos equipamentos e sistemas de cuidado, conforme afirmação registrada abaixo:

[...] vamos pesquisar, mantemos a rotina enquanto avaliamos [...] vamos estudar se podemos mudar. Agora tem um trâmite, apresenta a proposta pautada na literatura, a gente avalia, leva ao coordenador médico e mudamos se for correto (LÍRIO).

[...] mas uma conversa para chegar num ponto em comum é difícil [...] na prática, coisas começam a ocorrer e o operacional diz, então juntamos todo mundo na beira do leito do paciente e todo mundo começa a opinar, e diz como é feito e a partir daí, às vezes, definimos uma nova rotina (JASMIN).

Essa tentativa pontual de envolvimento do corpo técnico na concepção do trabalho não se configura, todavia, como uma participação efetiva, que possa ser considerada representativa para o coletivo de enfermeiras que não se percebem construindo e participando. A percepção da inexistência de um planejamento participativo é claramente expressa pelo conjunto de enfermeiras da assistência, conforme se percebe no sobrescrito:

[...] eu cheguei no plantão e estava acontecendo a mudança, tá subindo paciente, um bocado de funcionário, um bocado de gente, eu... ai meu Deus do céu (ROSA).

[...] lá teve a reforma [...] eu acho que não teve nenhuma opinião. tipo perguntar o que é vocês acham? (TULIPA).

[...] eu cheguei e o pessoal disse, vamos mudar. Vamos mudar como? Ninguém resolve mudar da noite pro dia (GIRASSOL).

Em algumas unidades isso acontece de uma forma mais efetiva, as enfermeiras sentem-se participando de forma mais ativa, outras acham que isso não ocorre. Essa fraca participação que se opera de diferentes formas nas unidades parece relacionar-se com a inexistência de um modelo institucionalizado para viabilizar a participação do coletivo de trabalho. Se para alguns a participação inexistente, para outros, ela ocorre de forma mais efetiva, conforme discorre a fala abaixo:

[...] Na nossa unidade existe uma participação mais efetiva, as enfermeiras opinam sobre as mudanças, as rotinas. Nesse sentido a gente tem um pouco participado (AZALÉIA).

[...] A gente tem junto com a gerência de faturamento liberdade. Assim eu fico muito tranqüila, eu mesmo administro os meus processos, eu mesma crio as minhas rotinas (DÁLIA).

Outra justificativa foi a possibilidade de uma certa insegurança das coordenadoras, que centralizando a estruturação dos processos detêm o poder, conforme expresso no depoimento:

[...] eu detenho a informação, eu detenho o poder. Alguém chega e diz, pôxa, como é que é isso? Fala com fulana que ela sabe. Ah! como ela é importante! Se a informação fosse socializada, a equipe estaria administrando, decidindo, participando, e é por isso que existem alguns conflitos, relação interpessoal mesmo, você vai lidar com inseguranças, fraquezas, poder. Eu acho que poderia ser diferente (GIRASSOL).

A partir de Antunes (1995), questionamos até que ponto a participação nas decisões sobre a concepção e execução do trabalho, que estabelece compromisso e responsabilidade pelos resultados, pode ser algo que confira liberdade para o trabalhador? A utilização da inteligência prática no processo de trabalho não pressupõe a necessidade de uma dominação sobre o trabalho real, na sua amplitude e repercussões.

Conferir uma participação pontual e desconectada de uma discussão ampla da categoria pode representar uma ação gestora, reguladora de mais cobranças que acarretam sofrimento, haja vista que, ao tempo em que participa (de forma descontextualizada e limitada às partes do processo), também é negada a ação planejada com a participação de todos.

Parece-nos que a inexistência de um modelo institucionalizado, que viabilize a participação coletiva de enfermeiras nos diferentes níveis, coloca em poder das coordenadoras a definição da inclusão ou exclusão de sua equipe de enfermeiras no processo de decisão.

No âmbito gerencial, identifica-se a intenção de favorecer a participação das enfermeiras nos contextos em que elas atuam diretamente, uma ação que é considerada de extrema importância para se obter a qualidade da assistência e a satisfação profissional. Nos discursos foi possível encontrar diversos trechos acerca da inserção do grupo de coordenadoras em uma gestão participativa no processo decisório e uma orientação para que as coordenadoras atuem dentro deste discernimento, conforme se observa na fala a seguir:

[...] gosto de utilizar um ditado que minha mãe dizia [...] ela dizia faça o que eu faço. Então, às vezes eu tenho estimulado a terem a mesma linha que eu tenho. [...] o que eu digo a elas é o seguinte: quando a gente compartilha decisões, a gente consegue comprometimento, porque quando as coisas são jogadas, simplesmente é e acabou, as pessoas se sentem obrigadas a cumprir (ORQUÍDEA).

Essa expressão se confirma na interlocução das coordenadoras, quando questionadas sobre a sua participação na definição do trabalho que executam. Abaixo, falas que expressam a percepção desse grupo:

[...] nesse momento, o que mais me parece certo é a palavra confortável [...] é eu tenho a liberdade de executar como eu aprendi. Como eu acho que está certo (HORTÊNCIA).

[...] pelo que eu percebo é muito mais participativo. Existem as regras, as ordens, mas nada é imposto, discute-se e chega-se a um consenso (LÍRIO).

[...] tem momentos que ela dita, é de cima pra baixo e é inegociável. Mas existem outros momentos que é extremamente negociável, aceitável, plausível e colocado em prática. Agora o discernimento do que é negociável e do que é inegociável passa por bom senso de ambas as partes (CRAVO).

A ausência de um planejamento das atividades e clareza na definição das tarefas foi um aspecto que se impôs nos discursos, não se explicitando com clareza por parte das gestoras, levando-nos à compreensão de que não se trata de um planejamento formalizado, com calendário estabelecido, análise das ações a serem executadas, quem são os responsáveis, quais os prazos, como avaliar os resultados. Na verdade, emerge das falas a existência de reuniões ordinárias entre gerência e coordenadores e também adotadas por algumas coordenadoras em suas unidades e, nesse caso, sem um planejamento e participação do maior

coletivo possível. A clareza das tarefas se limita à apropriação do manual de procedimentos existente nas unidades, conforme depoimentos:

[...] Não tem um sistema de gestão no hospital que defina um plano de trabalho de forma clara, quais são as metas, a visibilidade do que se faz e do que se vai fazer (MARGARIDA).

[...] Não existe. Ah! Existe sim... (pausa curta) a gente se reúne a cada três meses, não é um calendário específico, mas a gente aproveita pra ver isso (CRAVO).

[...] Não existem reuniões programadas, quando eu pego alguma coisa errada, eu chamo a enfermeira e a gente conversa, ou elas quando querem, vêm aqui. É tudo muito aberto, por isso temos um clima bom de trabalho (DÁLIA).

Concluiremos a reflexão sobre o aspecto da participação da enfermeira apresentando o depoimento abaixo, que consideramos síntese da responsabilidade gestora de utilizar o poder que lhe foi instituído para viabilizar a participação da enfermeira e sua equipe na definição do processo de trabalho.

[...] Eu fiz diferente, peguei e botava a cada semana três rotinas no classificador de todos os turnos. Aí tinha uma enfermeira e duas auxiliares e todos opinavam, tinham que deixar as suas contribuições, eu envolvi todo mundo no processo. Foi riquíssimo. As auxiliares se sentiram valorizadas por estar interferindo no manual de procedimento da unidade e se sentiram responsáveis de fazer e cumprir, porque pôxa, eu escrevi! (ORQUÍDEA).

Outro núcleo de sentido na composição da categoria, a relação entre a organização do trabalho e a dinâmica do prazer-sofrimento, foi a utilização da criatividade e inteligência prática no trabalho como importante recurso para promover a economia do desgaste psíquico no trabalho. Faz-se mister reorganizar as suas tarefas, liberar a sua subjetividade, elaborar suas aspirações em uma forma única de trabalhar, fortalecendo a percepção de sua individualidade. É uma característica humana se sentir único, desejar ser útil e ser percebido pelo seu jeito próprio de pensar e fazer. A esse respeito recortamos uma fala:

[...] Eu quero me destacar eu não quero ser mais uma enfermeira (ROSA).

[...] ela puxa da gente criações, inovações, colocando a gente em burburinho, em ebulição; deixa livre pra tomar iniciativas (PETÚNIA).

O sofrimento pode ser intensificado à medida que o trabalhador não consegue utilizar a sua inteligência prática, reorganizando o trabalho prescrito de forma a utilizar a sua

criatividade, variedades no modo de fazer a tarefa e a sua subjetividade. Por certo emerge de imediato o questionamento de como viabilizar a criatividade em um trabalho onde alterar os procedimentos estruturados técnico-cientificamente pode representar um custo elevado à segurança dos pacientes e profissionais.

Vale lembrar que a indústria tecnológica se utiliza da inventividade inerente ao ser humano, aprimorando as soluções práticas que os trabalhadores criam e inventam para viabilizar resultados no seu trabalho. É vasta a relação de equipamentos aperfeiçoados a partir das práticas de cuidadores, para não falar nas mudanças de procedimentos reconhecidos cientificamente, disparados pela ousadia e subversão velada às normas instituídas, tudo isso como resultante de uma inteligência que se impõe na ação, no fazer, no trabalho. Recorremos à fala descrita abaixo que confirma o potencial inventivo da enfermeira no cotidiano de trabalho:

[...] então muitas vezes a gente é colocada como tropa de choque [...] você tem que ter um jogo de cintura [...] na verdade a gente está o tempo todo aprendendo e reinventando (CRAVO).

Nesse sentido, o resultado da EIPST indicou claramente que existe forte potencial para utilizar a criatividade na prática diária do trabalho no hospital. A pontuação ao item de liberdade para usar a sua criatividade no primeiro bloco, referente aos aspectos da liberdade organizacional, demonstrou que vinte e duas enfermeiras, das vinte e nove respondentes, consideraram uma avaliação positiva e classificada como satisfatória as vivências de prazer.

Esgotaremos a análise da subcategoria que versa sobre a participação da enfermeira no processo de trabalho, retomando um conceito vital da psicodinâmica do trabalho, o trabalho real e o trabalho prescrito: divisão entre quem planeja e quem executa.

O trabalho em saúde é rígido por uma clara fragmentação dos seus processos e o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar se inscreve nesse modelo. Existe uma divisão entre a concepção e a execução das diferentes etapas do cuidado dentro do mesmo serviço, e entre os diferentes setores que se responsabilizam sobre conteúdos técnicos operacionais do cuidado em enfermagem. Essa fraca interação desfavorece a construção de um processo articulado e que contemple a interdependência e a complementaridade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

Essa subcategoria se configura no conceito de que o trabalho não prescinde do sujeito. O que se conhece nos processos são os resultados da interação entre o estático, o que está posto, por quem planeja, e a ação dos operadores desse processo. É a ação do sujeito que

viabiliza essa engrenagem. Nesse estudo, a percepção do gestor a esse respeito coaduna com o pressuposto sobre a existência do trabalho real, conforme podemos observar no depoimento abaixo:

[...] existe sempre o que é determinado e o que é feito. [...] Na maioria das vezes as coisas são determinadas sem ouvir [...] então não significa que eu não vou fazer o que está escrito, mas se eu fizer de outro jeito eu não estou ferindo nenhum preceito (VIOLETA).

Quando a enfermeira considera a possibilidade de transgredir regras, não está admitindo que concorde com o livre fazer dentro das suas definições pessoais, como se defendesse a ausência de sistematizações e do planejamento do cuidado para os pacientes que assiste. Foi possível perceber nas reivindicações que emergiram no discurso das enfermeiras, que elas corroboram a necessidade de se definir planos operativos que são favoráveis à estruturação do seu trabalho.

Nesse sentido, Martins (2006) afirma que os benefícios dessa violação dos padrões são sentidos tanto na mente, que elabora mecanismos de criação e uso da inteligência prática, quanto no corpo. Ao referir a transgressão, o que se declara é mais as alterações na forma, que no conteúdo das tarefas; é a possibilidade exercer seu momento lúdico e significativo para a sua criatividade, é nada mais que o tempo alternativo para si, resgatado nas pequenas fugas de uma rotina que pode ser linear e rígida.

À medida que elabora a satisfação, a enfermeira minimiza os efeitos das tensões psíquicas que podem ser descarregadas sob a forma de adoecimento do corpo, uma espécie de somatização dos males nascidos na esfera do psiquismo.

O trabalho real surge no momento em que o método prescrito não funciona mais. De certa forma, recorrendo às reflexões da psicodinâmica do trabalho, o fracasso é uma experiência sempre presente e latente no trabalho, quando o real se inscreve houve insuficiência na concepção de todas as variáveis possíveis de ocorrência; é a inteligência prática que dá conta da situação inédita, o trabalhador, utilizando essa potencialidade, cresce e se torna melhor, se eleva. (DEJOURS, 1994). Observemos a reflexão da fala abaixo:

[...] porque se eu implemento uma rotina, não discuto, não converso com o enfermeiro, como é que ele vai poder cobrar do auxiliar? Então, ele fica estressado, não vai haver cumprimento e por uma coisa que eu fiz de forma equivocada (VIOLETA).

[...] quando eu quero mudar alguma rotina, eu pergunto. Porque você pode até deter o saber, entretanto, se as pessoas que trabalham não participam no âmbito da

escolha, vão fazer por fazer e também não se sentem satisfeitas com o trabalho (PETÚNIA).

## a.2. Reflexos do modelo de gestão na dinâmica do prazer-sofrimento

A psicodinâmica do trabalho define a organização do trabalho, como os aspectos relacionados à divisão e conteúdo da tarefa, as modalidades de comando e as questões da responsabilidade. Os dados empíricos obtidos nas entrevistas e na EIPST revelaram conteúdos expressos conscientemente de forma crítica, questionando as relações de poder que permeiam o sistema hierárquico, como mergulhados de subjetividade. A partir desse material, constituímos essa subcategoria que dialoga com o conceito epistemológico da psicodinâmica.

Da expressão das enfermeiras coordenadoras e executoras dos processos, apreendemos que existe uma linha de mando e comando claramente definida e hierarquizada, representada por uma gerente de enfermagem que pratica a descentralização decisória, conforme relatos abaixo:

[...] eu sou incapaz de tomar qualquer decisão sobre qualquer unidade sem que a minha coordenadora esteja presente (ORQUÍDEA).

[...] ela marca reunião com toda equipe [...] é muito aberta. Se tiver que falar, ela fala, se tem que elogiar, elogia; se tiver que puxar a orelha, ela puxa. Ela é muito dinâmica, muito rigorosa, acho que faz uma ótima gestão (PETÚNIA).

Em contrapartida, não parece existir uma uniformidade que caracterize um modelo de gestão preconizado na organização e as coordenadoras assumem diferentes práticas de mando e comando, conforme depoimento abaixo:

[...] Isso é o estilo pessoal de cada um, a empresa não preconiza isso. O poder é descentralizado, mas é centralizado em algumas pessoas, como nas coordenações (GIRASSOL).

As falas abaixo são reveladoras da diversidade de condutas sobre o modelo de gestão adotado na organização e que se constitui nos diferentes níveis profissionais:

[...] A minha coordenadora eu também acho ótima, às vezes é que ela fala, fala e não deixa muito espaço pra você contra-argumentar, mas depois ela lhe ouve e pode

até não lhe dar razão, mas diz que de fato poderia ter feito diferente, ela escuta, é ótima (TULIPA).

[...] Eu entendo que existe um modelo de delegação de liberdade supervisionada e vigiada, porque a gente tem autonomia e ao mesmo tempo as coisas são muito discutidas. Na relação dos gerentes com os diretores não existe uma verticalização do poder, as partes envolvidas no processo são todas ouvidas e na maioria das vezes as coisas são definidas em consenso (ORQUÍDEA).

[...] outra coisa satisfatória é a facilidade de acesso com a gerência de enfermagem, com os diretores, com os coordenadores. Existe a hierarquia de respeito, são bastante pontuadas, mas não tem um desnivelamento tão grande, aquela coisa eu tô aqui em cima e vocês simples servos cumpram os seus deveres. Eles aproximam-se mais (GIRASSOL).

Quando o grupo de enfermeiras participantes da entrevista coletiva foi estimulado a refletir sobre regras institucionalizadas para se escolher as enfermeiras coordenadoras nas diferentes unidades, o grupo relatou que inexistem regras e, se existem, não são claras. Referiram que a escolha das líderes se processa em função do comprometimento demonstrado com o hospital e que todas as coordenadoras eram enfermeiras que faziam parte do quadro funcional do hospital. Nesse sentido, consideram a escolha como prova de reconhecimento. Essa compreensão é claramente definida na fala:

[...] A escolha da liderança, na minha ótica, ocorre pela questão da dedicação e comprometimento. Quem tá do meu lado trabalhando arduamente, vestindo a camisa, é natural, eu escolho. Aqui aproveita primeiro as que estão na casa. Não existe um critério objetivo. Se você sempre me quebra o galho, me ajuda, tá do meu lado, faz junto, na hora de chamar, eu chamo quem? (GIRASSOL).

Ao procedermos a uma intervenção na entrevista coletiva sobre o fato dessa ausência de critérios claros interferirem na motivação ou criarem um clima de competição, foi-nos respondido:

[...] Não, não interfere não, é natural. O ambiente do hospital é mais colaborativo, eu diria que competição é uma coisa que não acontece aqui (TULIPA).

Nesse círculo de ritmos, modelos e conceitos delineados na organização de trabalho em estudo, pareceu-nos que existem dois modelos de gestão claramente delimitados e em ambos se assegura a liberdade de escolha. Existe um espaço onde a comunicação e a interação decisória favorecem à gestão participativa e convivem com esse modelo, atitudes que se impõem, segundo a fala dos sujeitos, e um modelo fortemente marcado por uma comunicação

inadequada, proferida com palavras grosseiras, em tom elevado ou local inapropriado (na frente de outras pessoas) e que provocam o sentimento de humilhação na enfermeira:

[...] agora que é difícil e tem gente que não agüenta. Teve um bocado querendo sair e eu digo, não, gente. Ela tem melhorado, a gente conversa [...] daqui a pouco ela abraça e beija, é o jeito dela. Ela tenta melhorar, mas é dela. [...] a gente está agüentando mais um pouquinho e ela está mudando, temos acesso a ela, ela deixa dar *feedback* (ROSA).

[...] Já na minha área, a coordenação é ótima, eu adoro ela. Ela deveria dar uma aula para as outras. Ela é bem aberta (MARGARIDA).

[...] não tenho o que falar. Tem gente que pergunta como é que eu agüento ela, mas eu não tenho problemas (AZALÉIA).

[...] A minha, acho que, no geral, ela não tem preparo ainda [...] Deve ser difícil pra ela ser coordenadora, ter que lidar com isso. E ela mudou as origens depois que virou coordenadora, tentou um certo autoritarismo no começo, mas sem expressão, porque o grupo já anda sozinho, mas eu presenciei coisas com os técnicos que acho totalmente contrárias, que eu jamais faria daquele jeito, mas não interferi, respeitei (GIRASSOL).

Este comportamento autoritário não prevalece na conduta gestora e concede espaço para as enfermeiras manejarem recursos na esfera do controle relativo sobre o trabalho que executa. Aqui pontuamos a ocorrência da autonomia das enfermeiras na organização do seu trabalho, conforme as falas abaixo:

[...] eu estou na parte administrativa, mas elas fazem a gestão da assistência de enfermagem, então elas têm autonomia pra dizer o quem elas querem nas salas, eu deixo elas extremamente à vontade [...] eu estou na parte administrativa, mas elas fazem a gestão da assistência de enfermagem, então elas têm autonomia pra dizer o quem elas querem nas salas, eu deixo elas extremamente à vontade (CRAVO).

[...] Tudo leva a tua autonomia, você tem a manipulação de drogas vaso-ativas, dosagem de sedação, controle da glicemia, tudo a enfermagem vai fazendo com autonomia. Eles dizem que nesse plantão confiam plenamente, no que a enfermagem tá fazendo e isso é muito bom. É reconhecimento, é respeito, é amizade mesmo, de te considerar. Eu não vi ainda um ambiente tão favorável nesse sentido (GIRASSOL).

Fazemos a ressalva sobre as contradições reveladas na percepção da enfermeira sobre o trabalho que ela executa. Houve a afirmação de pouca participação no planejamento do processo de trabalho e na esfera decisória, conforme foi demonstrado em análise da categoria sobre a participação e planejamento dos processos, mas houve a assertiva de que existe liberdade para questionamentos e autonomia por parte dos grupos envolvidos na assistência. Os depoimentos abaixo revelam esse outro olhar:

[...] ela manda e é mandada ao mesmo tempo, ela tem autonomia e cinco minutos depois não tem mais (JASMIN).

[...] eu sou incapaz de tomar qualquer decisão sobre qualquer unidade, sem que a minha coordenadora esteja presente (ORQUÍDEA).

Essa contradição remete a referências sobre a inexistência ou pouca participação no âmbito dos processos e a autonomia na esfera técnica e da prática diária. Na primeira situação, podem ocorrer vivências de sofrimento, percebidas na frustração por não se sentir parte constituinte da formulação do seu processo de trabalho e por sentir-se humilhado ou desvalorizado na vigência de comunicações autoritárias. Ocorre que essas vivências parecem ser ressignificadas, racionalizadas e transformadas em prazer na vigência da autonomia relacionada ao fazer técnico, aos ajustes de escala e de horários entre os colegas de equipe, que são permitidos com pouca intervenção dos gestores e que conferem aos sujeitos um sentimento de liberdade, confiança e valorização profissional.

Outro núcleo que forneceu sentido para a subcategoria do modelo de gestão na dinâmica do prazer foi o da liberdade de expressão, que inventariado na EIPST revelou que uma média de vinte e três enfermeiras expressaram liberdade para negociar com as chefias, para falar do trabalho com as chefias e com os colegas e liberdade para expressar o que pensam. Essa percepção emergiu no discurso de uma enfermeira coordenadora, a seguir:

[...] eu procuro me colocar no lugar da enfermeira, porque eu sou enfermeira. Quando chega um comentário que diz: olhe, na minha outra instituição é assim e eu não acho legal. Então não vou insistir daquela forma que gera insatisfação (VIOLETA).

Classificada como favorável na EIPST, a liberdade de expressão emerge continuamente no discurso, mas procedemos a um recorte de duas falas representativas desse elemento indispensável na organização do trabalho que, ao ser negado aos sujeitos, subjuga e silencia, promovendo o sofrimento psíquico de conseqüências danosas à saúde do trabalhador:

[...] liberdade de executar como eu aprendi, como eu acho que tá certo, muitas vezes os objetivos da instituição combina com o da enfermagem, com o que eu acho certo, com o que eu gosto de fazer, eu me sinto mesmo confortável, confortável (HORTÊNSIA).

[...] Eu vejo o processo como um macro e elas estão mais no processo [...] tem uma liberdade, não existe aquela coisa rígida, você trabalha de forma harmonizada [...] elas trabalham ouvindo música, a gente tenta ter um clima bom pra trabalhar (DÁLIA).

Quando o item liberdade de expressão com a chefia foi avaliado mais negativamente na EIPST, a proporção de respostas positivas aos itens de cooperação com os colegas aumentou. Essa resposta pode refletir o comportamento de buscar no grupo o apoio necessário para amenizar o sofrimento por sentir-se coagido.

Na conformação da categoria que versa sobre o modelo de gestão, também emergiu como núcleo de sentido a particularidade de ser o hospital uma organização vinculada ao ensino e aperfeiçoamento profissional através do sistema de residência em enfermagem.

O perfil de uma organização que privilegia o processo de educação no modelo de gestão é relatado por todas as enfermeiras como um diferencial que se reveste de valor profissional e que se projeta no plano pessoal. Não obstante a essa esfera simbólica de valorização profissional, ainda relatam sobre o crescimento advindo da aquisição de conhecimentos diversificados e atualização contínua. As falas abaixo reveladas com grande entusiasmo expressam esse pensamento:

[...] São poucos os hospitais que oferecem essa oportunidade, com respeito, colocando na escala. Nós formamos mais bolsistas e residentes do que temos a capacidade de absorver, então muitas vão para o mercado e saem preparadas para trabalhar em outros hospitais que acolhem bem as enfermeiras que passaram por aqui. Somos um centro formador de bons profissionais. Agora não tem só esse ponto positivo, a rotatividade seria um ponto desfavorável (GIRASSOL).

[...] é prazeroso ver uma equipe da UCI que começou como uma residência. Às vezes eu penso que vou desistir, não agüento, mas você ver sair apto pra trabalhar em qualquer lugar, bem empregado, é motivo de muito prazer, muita alegria (ORQUÍDEA).

Em um contexto de globalização e de novas descobertas tecnológicas e do conhecimento, é muito enriquecedor pertencer a uma organização que mantém um processo contínuo de educação, conduzindo também a enfermeira da assistência ao exercício de novas habilidades, a incorporação de novas informações que são trazidas pelos preceptores encarregados de supervisionar as enfermeiras residentes. Dessa forma, potencializa-se os resultados e a utilização de inteligência prática das enfermeiras que são tencionadas a revisar continuamente o corpo de conhecimentos técnico-científicos adquiridos e utilizados no cotidiano de trabalho.

A equipe de enfermeiras expressa um sentimento coletivo que fomenta o aprendizado estreitamente vinculado a sua práxis, mas também na esfera do eu relacional e pessoal, conforme depoimentos:

[...] esse trabalho aqui me fez aprender muita coisa. Hoje sou uma pessoa diferente fora daqui e aqui. Aprendi a dosar profissionalmente o meu jeito estourado (JASMIN).

[...] eu aprendo com o colega, com os médicos, com a menina da limpeza, que tem práticas tanto pra minha unidade, como pra minha vida particular (VIOLETA).

[...] É o tempo todo ensinando, o hospital é estruturado para isso, você tem que estar sempre se atualizando. A gente discute na beira do leito, estuda artigos até em inglês e o aluno te cobra muito, são terríveis, mas faz parte. Isso é um ponto favorável (GIRASSOL).

Adentrando ao papel do reconhecimento do outro no equilíbrio do sofrimento-prazer, a análise da psicodinâmica do trabalho admite que, quando o não reconhecimento das contribuições provenientes do trabalho coloca o trabalhador em risco de uma crise de identidade, podendo até ocorrer uma indevida caracterização patológica que classifica o trabalhador como portador de uma espécie de alienação mental.

Por outro lado, quando o trabalhador resolve reclamar ou protestar o que considera de direito, é caracterizado como paranóico ou, ainda, como depressivo, quando ocorre a perda de confiança em si mesmo e passa a duvidar da realidade que ele vivencia, uma vez que os seus pares também não a reconhecem. O essencial da psicodinâmica do trabalho abrange o setor da alienação social decorrente da falta de comunicação entre o ápice do triângulo intitulado de reconhecimento com os demais vértices: sofrimento e trabalho. Mesmo que o trabalho permita uma relação verdadeira com o real, se ele não é reconhecido pelo outro, ele se encontra condenado à solidão alienante (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

Na EIPST, vinte e três das vinte e nove enfermeiras (79%) referiram uma avaliação positiva ao conjunto de itens relacionados ao reconhecimento do trabalho, configurando uma classificação favorável às vivências de prazer. Nesse conjunto, os respondentes deveriam avaliar a percepção de desvalorização, indignação, inutilidade, injustiça, desqualificação, discriminação, falta de reconhecimento do desempenho e do esforço e, em todos os itens, com exceção ao reconhecimento do desempenho e do esforço, mais de vinte e uma enfermeiras apresentaram respostas negativas a essas ocorrências nos últimos seis meses.

Cabe ressaltar que mesmo o conjunto de itens inventariados para avaliar a falta de reconhecimento tendo sido classificado como satisfatório às vivências de prazer, os itens específicos sobre o não reconhecimento pelo esforço pessoal (dezenove respostas positivas) ou pelo desempenho (vinte respostas positivas) foram os únicos do conjunto em que aproximadamente um terço das enfermeiras respondentes indicaram a necessidade de sentirem-se mais reconhecidas, uma prática que favorece o equilíbrio psico-afetivo do sujeito.

A percepção das gestoras sobre o reconhecimento, tanto na esfera pessoal como na prática de sua gestão, é reveladora de pensamentos distintos e complementares, conforme depoimentos a seguir:

[...] Teve uma frase que eles disseram uma vez, não pra mim, mas para um outro coordenador, pôxa, você sempre elogia os outros e a gente nada. Ele disse, mas vocês são bons, não preciso tá falando isso. Eles disseram, mas agente quer ouvir. É verdade. É humano (LÍRIO).

[...] o gestor não só tá ali mandando, tem que haver um *feedback*. Somos seres humanos e por mais que você saiba que está fazendo um trabalho ótimo, um trabalho bom, seu ego precisa de um elogio (PETÚNIA).

[...] Existe o momento de trabalho, o momento de brincadeira, o momento de ... (estala os dedos) vamos embora. Isso fica muito claro, não confunde. O momento de relaxamento é momento de relaxamento! Tratar com carinho é o que todo mundo quer, é ser reconhecido e ser aceito, aceitando também o outro nas possibilidades dele (CRAVO).

Na entrevista coletiva, o grupo revelou que a dinâmica do reconhecimento tem lugar comum na organização, sendo expressivo não apenas pelas chefias, mas pelos outros profissionais da equipe, fato observado inclusive na interação com a equipe médica, onde é comum se observar um certo distanciamento e postura de supremacia e domínio do conhecimento em saúde, conforme relata a fala:

[...] isso do hospital, não vi lugar melhor de respeito, “eu sou médico e você é enfermeiro”, essa é uma questão histórica. Aqui ele te respeita profissionalmente, te consulta, às vezes ele vai abrir o curativo e aí a gente diz olhe... acho que não devia..., ele diz é mesmo e não faz. Aqui a gente vê isso e em outras instituições não se encontra (GIRASSOL).

Ao questionarmos sobre o significado de reconhecimento e de quem se espera que este seja manifestado, os integrantes do grupo responderam: de todo mundo. Dos pacientes, dos colegas, dos outros profissionais, das coordenações, da minha categoria. Duas falas foram destacadas a seguir:

[...] É o respeito, a consideração. Você chega e diz... pôxa, que bom que é você no plantão (AZALÉIA).

[...] Eu tenho dúvida se desejo o reconhecimento mais dos colegas do que dos outros profissionais porque dos colegas é uma coisa já implantada, já faz parte, já tem a fidelização dos pares. O que torna mais prazeroso é quando as outras categorias reconhecem (GIRASSOL).

Quando a abordagem da psicodinâmica assevera sobre o valor do reconhecimento da dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho, reforça o papel do outro para que possamos

estabelecer a confirmação da nossa identidade. São as três pontas do triângulo proposto por Dejours: o sofrimento, o trabalho e o reconhecimento. É verdade que existem formas materializadas de se estabelecer o reconhecimento, os salários, as gratificações, mas é na esfera simbólica que a subjetividade se contagia. Esse é um elemento essencial, é a retribuição simbólica.

Outro elemento fundante da psicodinâmica do trabalho é a possibilidade de exercer controle sobre o processo de trabalho. Vimos aflorar no encontro com os sujeitos, uma unidade de significação que não pré-julgávamos existir no trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, especialmente em um hospital privado. A coesão do grupo de enfermeiras da unidade de cuidados críticos e da emergência define uma dinâmica de auto-gestão das formas de pensar e agir no grupo. Descrevemos reflexões que apontam para esse autocontrole:

[...] Existe um contrato de convivência, de igualdade, isso atende bem e é independente de coordenação. O grupo controla o próprio grupo – Isso não tem em lugar nenhum. Isso é favorecido, acho, porque existe confiança. O ambiente é familiar, já é assim e quem chega vai se ajustando, vai se propagando. Eu acho ótimo já existir isso – é o respeito (GIRASSOL).

[...] eu preciso que alguém esteja trabalhando [...] eles se organizam, eu intervenho muito pouco na dinâmica deles, acho que é uma relação entre eles, firmou o pacto com o seu colega, então, depois não venha me pedir interferência (VIOLETA).

O grupo tem força para impedir a penetração de pessoas que, por motivos éticos e comportamentais com ele não se identifica, conforme relato a seguir:

[...] destoou ao que é correto, está fora. E a agilidade na resposta conferida ao grupo é muito grande. Isso é sinal de respeito ao grupo. Claro que respeito ao que se refere a alguns princípios éticos, porque algum conflito sempre vai ter (GIRASSOL).

Esse fortalecimento grupal parece encontrar justificativa no processo histórico de formação da cooperativa dos enfermeiros do hospital, cuja gestão foi fortemente marcada por enfermeiros desse grupo em conjunto com a gerência de enfermagem. Certamente a partir de uma prática de participação e planejamento deliberativo na consolidação da cooperativa, fortaleceu-se o grupo de preceptores do hospital que também agrupa o maior número de enfermeiras e com maior tempo de formação profissional e, possivelmente, os mais experientes.

Contrastando com o perfil desse grupo mais maduro profissionalmente e com maior tempo de vínculo empregatício, e situado em uma faixa etária superior aos trinta anos, observamos, no outro pólo, um grupo em menor faixa etária e menor tempo de profissão.

A maior dispersão espacial dos leitos em unidades de internação aberta e a responsabilidade por um maior número de pacientes (ainda que com menor grau de dependência da enfermagem) são fatores que diminuem o tempo em que as enfermeiras permanecem atuando mais próximas, com maiores possibilidades de trocar experiências, pensamentos e partilhar as dificuldades vividas no cotidiano de trabalho, fortalecendo-se mutuamente.

Vale ressaltar que as enfermeiras dessa unidade pontuaram existir uma união do grupo, considerado como muito cooperativo e que busca fortalecer a interação para enfrentar o desgaste advindo das comunicações conflitantes com a gestora da unidade. Abaixo, transcrevemos falas que sustentam a percepção de cooperação e da boa convivência no trabalho. São sujeitos de uma mesma estrutura hospitalar e que vivenciam os mesmos sentimentos, apesar de submetidos a diferentes formas de estruturação do seu trabalho:

[...] Então o grupo se reúne, fala com quem não está cooperando, geralmente nem envolve a chefia. Chama, pergunta o que tá acontecendo, fala como é que funciona o grupo (GIRASSOL).

[...] Eu tenho prazer de vir trabalhar, sinto falta das pessoas, dos colegas, da equipe, do ambiente (ROSA).

## b) As Relações Profissionais Mobilizam Sentimentos de Prazer e de Sofrimento

As relações de trabalho são concebidas como integrantes dos laços humanos com origem na organização do trabalho. Refere-se às relações de hierarquia com as chefias e com outros profissionais, com seus pares ou na equipe multidisciplinar.

A análise de todos os dados empíricos coletados, nos fez apreender que apesar das vivências de constrangimentos referidas, o núcleo de sentido mais recorrente, convergente e enfaticamente referido pelos sujeitos de pesquisa foi a ocorrência de um ambiente de trabalho favorável à cooperação, união, respeito, motivação e satisfação com o hospital em estudo.

O âmago da cooperação emergiu como uma prática comum. Mesmo nos momentos em que se demonstra que a forma individual de executar as tarefas pode levar a conflitos por

divergências com os padrões estabelecidos é permitido desenvolver ajustes, acordos sobre a maneira certa de se trabalhar. Na ocorrência de pensamentos conflitantes, é preciso ser capaz de defender uma opinião, um ponto de vista e, em tudo isso, segundo os sujeitos, manter o clima de confiança no outro. Na ocorrência de divergência das idéias, o respeito mútuo e uma comunicação que permita a exposição das partes fazem-se imprescindíveis. A fala a seguir transmite essa lógica da convivência em trabalho:

[...] Se eu vou lá e mostro alguma coisa, é assim [...] depois elas vêm na minha sala e falamos, aí a coisa passa, quer dizer, não fica assim um rancor. Eu sempre mostro pra elas que quem diverge é o pensamento, quem briga são os pensamentos e não são as pessoas (DÁLIA).

Em seu *Addendum* da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, Dejours assevera que a cooperação é um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho e que não se limita apenas ao fato de serem asseguradas pelas coordenações, por exemplo, condições lógicas para o trabalho cognitivo, articulado no ambiente de trabalho, mas sim a vontade das pessoas que trabalham juntas e superarem coletivamente os conflitos que surgem no trabalho executado (LANCMAN & SZNELWAR, 2004).

Para se cooperar, é necessário haver confiança nos pares e nas chefias. Apropriando-nos dos pressupostos da psicodinâmica, podemos referir que a confiança diz respeito aos códigos do grupo que emolduram uma forma de se realizar o trabalho. Situa-se mais precisamente no campo da deontologia, que favorece a construção dos acordos que não se instaura na técnica ou no conhecimento, mas antes de tudo na prática.

Todo o material empírico coletado conduziu à apreensão de uma forte expressão de respeito, união, cooperação e confiança, envolvidos de uma forte conotação psicoafetiva. Da receptividade e acolhida imediata mediante o nosso pedido para realizar o estudo no hospital, vivenciamos, nos dias que se sucederam uma ambiência de cooperação e mesmo em meio ao acelerado ritmo de trabalho, que os sujeitos do estudo não se furtaram a nos escutar.

Esse sentimento foi compartilhado não apenas nas relações estabelecidas com as enfermeiras, mas observado na rotina de trabalho de todos os profissionais que atuavam nos diversos setores. Transcrevemos alguns depoimentos que se configuram como pano de fundo de um conceito que emergiu do coletivo:

[...] Eu percebo que existe uma relação de confiança muito grande do conselho para com os diretores e dos diretores para com os gerentes, e isso é uma coisa que tem sido trabalhada no dia-a-dia mesmo e tem sido um investimento constante (ORQUÍDEA).

[...] Temos muito coleguismo, vemos o que aconteceu, conversamos. Não vemos punição. O nível superior, por exemplo, nunca vi ninguém ser suspenso, justamente pelo clima favorável de respeito e união que existe. Têm falhas? Têm, mas o tratamento é diferente (GIRASSOL).

A convivência no trabalho coloca o sujeito em grande parte do tempo vinculado e relacionando-se com outros sujeitos que não estão no seu círculo de relações como uma escolha pessoal. Houve uma aproximação técnica operacional para alcance de resultados estabelecidos pela organização do trabalho. É nessa configuração de uma pseudo-escolha, quando não freqüentemente imposta, que se estabelecem as relações socioprofissionais.

Ocorre a busca por identificação de idéias, condutas, admiração, espelhamento ou, inconscientemente, por motivos não justificados na lógica racional dos sujeitos. O melhor a se fazer é estabelecer, não exclusivamente, a vivência em cooperação, confiança e respeito e, por que não dizer, afetuosidade. Os depoimentos contemplam essa assertiva:

[...] coordenações de enfermagem são muito unidas, tipo assim, uma compra a briga da outra [...] E isso é interessante porque quando uma área decide e acha que tem que ser feito e as outras entendem que é importante – foi... Quando essa relação entre os pares não funciona, esbarra na dificuldade (JASMIN).

[...] Teve uma vez que uma médica gritou, foi grossa, foi áspera com uma enfermeira, do começo ao final do plantão. No outro dia fizemos reunião, levamos ao coordenador médico e nem deu tempo de se fazer alguma coisa porque no outro dia ela mesmo ligou e disse que não voltava mais porque a enfermagem daqui é muito forte. Não que sejamos corporativistas, não! Primeiro ela vai ter que nos respeitar como pessoas, como profissional e como equipe. Se ela não tem esse comportamento, vai ser difícil (GIRASSOL).

[...] fiquei possessa! Você colocar em cheque o compromisso do profissional, isso foi pra reunião de gerência médica e o médico teve que se retratar. [...]. Hoje a gente se trata superbem (JASMIN).

Realizando a triangulação analítica dos dados empíricos produzidos pelos sujeitos, podemos considerar que aproximadamente um terço das enfermeiras que respondeu ao inventário qualificou como moderadas as suas vivências de cooperação nos últimos seis meses, com destaque conferido aos itens de solidariedade e confiança, que mereceram referência positiva de vinte e duas respondentes, sendo classificados como favoráveis à vivência de prazer na organização do trabalho. Abaixo falas que comungam do mesmo sentido:

[...] União é um trabalho de orquestra, que nenhum músico vai conseguir fazer uma música bem feita e bem harmoniosa se cada um tocar do jeito que quer [...] hoje elas conseguem tomar certas decisões e fazer de forma correta por causa do diálogo que acontece (JASMIN).

[...] Aqui o colega segura, diz vai, fica tranqüilo, que eu seguro as pontas. A gente liga e diz que está chegando atrasado e não precisa ligar pra coordenação pra saber se autoriza entrar no plantão, claro que não! Nós somos profissionais e responsáveis pelo que fazemos, então essa liberdade é muito grande e diferente de libertinagem, tanto é que não fica plantão descoberto, tem seriedade, tem compromisso (GIRASSOL).

Por fim, para concluir a estruturação dessa unidade de significação, deixamos registros estabelecidos pelos sujeitos do estudo que escamoteiam em seus discursos a ocorrência do sofrimento no trabalho. Houve a expressão verbal ou não-verbal, consciente ou subjetiva do sofrimento, mas o trabalho e a forma como ele se organiza, a teia de relações no qual ele se processa revelaram a adoção de mediações individuais e coletivas que as auxiliam na ressignificação do sofrimento e permite a sua transformação em prazer no trabalho. Abaixo, depoimentos sobre as dimensões do processo de trabalho:

[...] A gente consegue se entender tanto que têm ações extra-hospital. Saímos para almoçar, pra jantar, pra passeios, isso ajuda no trabalho (JASMIM).

[...] As coordenações se dão muito bem [...] estamos sempre em sintonia. Eu acho isso um ganho aqui no hospital (MERCÚRIO).

[...] lá no outro [...] você fica doente e a minha coordenadora ligou para dizer que eu estava mentindo. Diferente daqui... você vê que elas estão preocupadas. Quando liguei, disseram pra não botar os pés aqui [...] Foram duas situações opostas...em pensar que vou ter que ir para aquele local, aquela estrutura...vou adiando o sofrimento como se aquilo nunca fosse chegar (JASMIN).

[...] Aqui o clima de trabalho é muito bom, é mais informal que o outro que eu trabalho, lá é cheio de dedos, você tem que ter cuidado com tudo o que vai fazer e falar. Aqui se tem um problema você vai até a colega e diz, isso aqui, tá faltando e pronto – normal. Eu sempre escutei falar que aqui no hospital é ótimo de se trabalhar. Eu tenho uma colega que trabalhou aqui e disse que sente saudade (MARGARIDA).

Fechamos a análise dessa categoria com um discurso construído pelo coletivo de enfermeiras, que esboçou, após aproximadamente duas horas e trinta minutos de reflexão coletiva, muita participação e interação, estando presente no espaço constituído para falar sobre o trabalho. Ainda foi muito gratificante perceber a confiança na interação com o pesquisador, sem receios expressos na fala ou na postura não-verbal. Tudo foi dito, não houve melindres, conservou-se a honestidade e o respeito até nas pequenas divergências surgidas. Ao final, uma expressão de relaxamento e agradecimento manifestada claramente na afetividade comum ao grupo e a inclusão do pesquisador nesse vínculo:

[...] O hospital é uma família (todos riam, ficam muito descontraídos nesse momento), é uma família – repetição quase coletiva da palavra família. Por ser uma família, que é uma coisa muito próxima, você tem atritos que são normais na família. Aqui a pessoa fica muita à vontade de ser família. Também nos relacionamos fora do hospital. A gente se encontra pra praia, pra jantar, tudo com amizade. Agora, o que ainda não acontece é essa relação com as outras unidades, assim UTI com emergência, acho que pela proximidade, você está no mesmo setor e aí vamos sair pra comer um acarajé, tem dois por perto que escutam e vão também, chega lá liga pra outro e já vai chegando quem tava saindo do plantão. Com os outros setores é mais difícil de ser assim, você não vê o colega. Tem dias que eu não vejo ninguém, fico na unidade fechada, só falo por telefone. O hospital até tenta melhorar essa integração entre setores, tem as confraternizações, ah! São ótimas (GIRASSOL, ROSA, TULIPA, AZALÉIA E MARGARIDA).

### c) Condições de Trabalho na Dinâmica do Sofrimento

Os aspectos relacionados à condição de trabalho como custo afetivo das tarefas que envolvem a ação de outros profissionais como sobrecarga, duplo vínculo, exigências de postura, trabalho de turno e noturno, dentre outros não refletidos em profundidade, permearam quase a totalidade das falas na entrevista semi-estruturada e da entrevista coletiva. As gestoras evocaram aspectos mais relacionados às demandas de responsabilidade que lhes são transferidas pela falha de outros membros da equipe multiprofissional:

[...] cada dia que passa a gente tem a sensação de que é... Você sente que fez um trabalho que foi muito mais além do seu (CRAVO).

[...] hoje eu me ateno a ficar focada, senão o leque das demandas a gente não dá conta (JASMIN).

Já as enfermeiras da assistência foram mais enfáticas ao se referir sobre a carga horária de trabalho como item causador de sofrimento. Outros itens emergiram na categoria que versa sobre as condições de trabalho e a dinâmica do prazer-sofrimento, ainda que mencionados de forma isolada e com pouca expressão verbal ou gestual que permitisse conferir uma maior valoração na dinâmica do sofrimento. Destacamos:

[...] A demanda de trabalho é grande, eu acho. Aliás, não. Se for comparar com o outro hospital, é ainda menor. Se for ver bem, em outros hospitais fazemos quarenta e quatro horas semanais e aqui trinta e seis horas; tá na média (TULIPA).

[...] A carga horária é pesada e se tem dobra aumenta, é pior [...] mas isso no meu outro trabalho, aqui não. No meu setor, como é administrativo, não tem dobra e podemos escolher qual o sábado que vamos trabalhar. Aqui é tudo de bom (MARGARIDA).

[...] Tem a estrutura física que é uma coisa crítica. É um prédio antigo e sempre tá fazendo modificações para adaptar os setores. Já não tem mais pra onde crescer, para os lados já foi, só se for pra cima agora (AZALÉIA).

Essa categoria das condições do trabalho na dinâmica do sofrimento fez emergir uma análise bastante alinhada com os pressupostos da clínica do trabalho. Na EIPST no bloco relacionado ao esgotamento profissional, que avalia frustração, insegurança, desgaste e estresse no trabalho, todos os itens que são reconhecidamente propiciadores de estresse e sofrimento receberam uma avaliação negativa dos sujeitos do estudo, coerente com a realidade de trabalho habitualmente encontrada no âmbito hospitalar e exercício profissional da enfermagem.

Das vinte e nove respondentes, um total de vinte e duas enfermeiras (76%) avaliou o quesito do inventário relativo ao esgotamento profissional favorável às vivências de sofrimento no trabalho. Esse quesito alerta para a existência de uma situação crítica, na avaliação de cinco enfermeiras ou grave na avaliação de dezessete enfermeiras. Foi o único conjunto inventariado em que a soma das respostas negativas foi maior que a soma das respostas positivas, com destaque para os itens de esgotamento emocional, com um percentual de 82% de respostas mais negativas e os itens estresse e sobrecarga, ambos com avaliação mais negativa para 79% das respondentes.

Se considerarmos uma análise dos itens constituintes do aspecto relacionado ao esgotamento físico, observamos que os itens mais pontuados do bloco como esgotamento afetivo, estresse e sobrecarga, ordenados de forma seqüenciada na EIPST, possivelmente foram associadas às condições de trabalho. Esses três itens levaram ao desvio da condição de normalidade para um escalonamento de favorabilidade ao sofrimento no trabalho. Essa reflexão também é evocada nos depoimentos da entrevista com as gestoras:

[...] Agora tá faltando alguma coisa... pelo amor de Deus [...] para um bom funcionamento independe da minha vontade, do meu desejo, do meu querer porque eu estou atrelada a outras. [...] muitas vezes a gente é colocada como tropa de choque, como estaque e colocam pra você ter jogo de cintura. (CRAVO)

[...] a enfermeira é solicitada pro tudo, se a dieta atrasou, o enfermeiro é solicitado, se o médico não chegou pra dar alta, o enfermeiro é solicitado e tem outras coisas que ele pode resolver de imediato e tem outras que ela depende de outros profissionais e isso causa sofrimento. (ORQUÍDEA)

No mesmo bloco do inventário que se relaciona com o esgotamento profissional, os dados não revelam sentimentos de medo e insegurança profissional, haja vista que esses itens foram avaliados positivamente por uma média de vinte respondentes, bem como os

sentimentos de insatisfação e frustração, que foram avaliados positivamente por uma média de quatorze respondentes, estabelecendo uma avaliação global de favorabilidade às vivências de prazer. Possivelmente, a enfermeira ressignifica os contextos avaliados como mais negativos (esgotamento emocional, estresse e sobrecarga) no sentido de favorecer uma elaboração de compensação pelo esgotamento e transformá-los em condição em sensação de êxito na conduta profissional, conforme aponta o depoimento:

[...] Sempre tem um inegociável todo dia. Sempre tem um para se matar e se comer. Não existe, não teve ainda, cada dia que passa a gente tem a sensação de que é matei um leão. E a sensação de matar um leão, por incrível que pareça não é ruim não. É uma sensação de que você fez o melhor que pôde. (CRAVO)

O aspecto do equilíbrio entre a vida pessoal e profissional também emergiu como uma dificuldade que exerce tensão psíquica sobre a enfermeira. Na vigência de duplo ou triplo vínculo empregatício, e submetida a regime de plantões, a enfermeira se ausenta repetidas vezes de momentos considerados importantes no convívio familiar, distanciando-se de forma indesejável de seus filhos e do acompanhamento escolar dos mesmos. Esse desejado equilíbrio emergiu explicitamente em uma fala transcrita abaixo, e de forma subliminar nos discursos proferidos pelo grupo da entrevista coletiva, quando referiram sobre o sonho de ter apenas um emprego e da importância dos filhos. Essa condição de vida e trabalho presente na enfermagem se configurara como fonte reveladora de sofrimento:

[...] a percepção minha com relação ao sofrimento do enfermeiro passa muito assim com relação à ausência da família. Pra nós que estamos trabalhando não é tanto, a gente se envolve com o paciente, com os colegas que são praticamente uma segunda família; mas pra família que fica, não. [...] Se hoje você me perguntasse se eu gostaria de mudar de vida, eu diria que só em relação em estar mais presente com a família. Mas não chega como um drama a ponto de você questionar se vale a pena continuar ou vou partir pra uma outra profissão. (VIOLETA)

O que apreendemos numa análise geral da categoria condição de trabalho é que no hospital estudado existem elementos comuns a outras organizações hospitalares que são favoráveis, segundo diversos autores, à ocorrência do sofrimento. O contexto de maximização do capital maneja a rentabilidade à custa de escassez do recurso humano para assegurar o trabalho ininterrupto, promovendo a imposição de uma carga de trabalho extensa ou que, na prática, pelos baixos salários para a categoria de enfermeiras, o que a faz buscar outros vínculos para assegurar uma renda favorável.

A situação referida de baixos salários, carga de trabalho alta e regime de escala (que conflita com os desejos da convivência social, de lazer e tempo livre para outras esferas da

vida pessoal), no escore geral da EISPT foi pontuado como causador de esgotamento, haja vista ter sido avaliado negativamente por pouco mais da metade da amostra, dado que se confirma nas falas baixo:

[...] Também tem muitos enfermeiros novos entrando no mercado, muitas faculdades, e a disputa é grande. Acho que isso também faz rebaixar os salários. (ROSA)

[...] quanto mais claro, verdadeiro e transparente formos, melhor serão as nossas relações, vamos trabalhar com mais tranquilidade. Já basta a gente ser mal remunerado (sorri) e ter que ter dois vínculos. (ORQUÍDEA)

[...] Se tivéssemos uma remuneração melhor, esse hospital seria um sonho (GIRASSOL).

Aprendemos na análise dos dados que emergiram desta categoria que as condições de trabalho são alicerce na dinâmica do prazer-sofrimento. A natureza do trabalho em saúde e o trabalho da enfermeira a coloca em condições indesejáveis que confrontam com os seus planos de vida pessoal.

Longas jornadas de trabalho muitas vezes sem dormir, efetuar atividades com envolvimento psico-afetivo constante, vivenciar o desgaste relacionado ao trabalho de outros profissionais da equipe de saúde, em um modelo de vínculo empregatício que não lhe assegura os mesmos direitos trabalhistas e com uma baixa remuneração, foram condições de trabalho relacionadas às vivências de sofrimento.

Esses itens desfavoráveis relacionados às condições de trabalho emergem associados a uma certa racionalização, sendo compreendidos como a estruturação normal do modelo de trabalho em enfermagem, no que se refere ao trabalho ininterrupto com turnos e com custo afetivo elevado. Os itens relacionados à remuneração, ao modelo cooperativado e a ocorrência de dobras de plantão geradas pela ausência de outro colega foram referidos com maior indignação e como propiciadoras de sofrimento difícil de ser ressignificado.

A vivência desse prazer não depende do querer da enfermeira, mas da forma como se organiza o seu trabalho; das condições nas quais o trabalho é realizado; da natureza e do grau de exigência da tarefa, e do respeito à sua capacidade individual no desempenho das tarefas.

Vale ressaltar que para a psicodinâmica do trabalho é possível vivenciar prazer, mesmo em contextos precarizados desde que a organização de trabalho ofereça condições para o trabalhador desenvolver três importantes ações: mobilização da inteligência prática, do

espaço público da fala e da cooperação. Essas ações alimentam o prazer, tanto por via direta, como pela via indireta (MENDES, 2007).

#### d) Estratégias Coletivas e Individuais na Ressignificação do Sofrimento

A psicodinâmica dá conta tanto do sofrimento como do prazer na organização do trabalho. Tanto do conflito como das inter-relações cooperativas, tanto da humilhação como do respeito. Nessa dialética, ela transita entre a psicopatologia e a psicodinâmica do trabalho. A busca é identificar como se processa a normalidade? Surge entre as respostas de favorabilidade ao prazer a utilização de mobilizações subjetivas que se revelam em estratégias defensivas, tanto no curso do trabalho como fora deste.

Concluir que o trabalho se instala materialmente apenas na jornada diária de trabalho pode se configurar em uma avaliação equivocada, pois o trabalho, e todo o móbil engendrado na sua execução ultrapassa o espaço da organização e invade o espaço privativo do trabalhador. Homens e mulheres que se adaptam às estratégias defensivas contra os constrangimentos da organização do trabalho não as abandonam quando chegam ao final de sua jornada de trabalho e se dirigem ao seu espaço familiar. A conduta defensiva de ignorar o perigo, de sublimar a dor, de racionalizar o sofrimento pode ser mantida na convivência íntima, distanciando o indivíduo da cooperação familiar.

Segundo Lancman & Sznelwar (2004, pg. 101), “o trabalhador leva suas contrariedades mentais consigo e necessita de cooperação de seu círculo de relações mais íntimas para manter suas defesas funcionantes ao regressar ao trabalho”. Podemos concluir, portanto, não ser possível para a enfermeira depreender-se ao chegar em casa de um construto elaborado com fins a salvaguardar a saúde, valorada como bem indispensável à vida humana, para, tão logo regresse ao trabalho, dele se reapropriar.

Tendo sido constituído como objetivo do estudo a identificação das estratégias coletivas e individuais utilizadas para o enfrentamento e ressignificação do sofrimento, não delimitamos, a priori, nenhuma pergunta sobre a elaboração de estratégias nas entrevistas semi-estruturadas com as gestoras. Acreditávamos que qualquer alusão dessa natureza poderia indicar a construção de uma resposta elaborada para a conveniência do pesquisador e impediria ou, ao menos atenuaria a expressão de estratégias elaboradas no plano inconsciente,

que figuram como comportamentos da esfera psíquica dos sujeitos. Os depoimentos abaixo podem ser representativos dessa ilação:

[...] Não adianta ter feito um serviço muito bom se faltou uma parte. Isso foi um sofrimento (fala baixinho) que na verdade a gente entende como sofrimento que a gente ficou chateado [...] É uma questão de reeditar (CRAVO).

[...] em alguns momentos eu acho que sofrer pode ser aquele momento que você tem pra si, pra estar evoluindo (PETÚNIA).

[...] Eu não consigo é valorizar o meu sofrimento na minha posição de trabalho aqui como uma coisa grande, não consigo nem dar valor a ele, se é que ele existe. Claro que em certos momentos eu procuro... não achar que ... não é que eu esteja é... tentando mascarar, eu consigo conviver com ele [...] ele passa a ser tão pequeno que não consigo rotular aquilo como sofrimento, porque tem outras coisas que me favorecem muito e nesses momentos passo a pensar nessas coisas que me favorecem e isso me conforta (HORTÊNCIA).

Quando o indivíduo está diante de uma situação de angústia e insatisfação decorrente de seu trabalho podem ocorrer duas respostas de enfrentamento. Uma em que ele elabora estratégias individuais ou coletivas que o auxiliam no enfrentamento do sofrimento e sua ressignificação; outra, em que ocorre a negação do sofrimento que permanece como um aspecto velado. Não dar visibilidade ao sofrimento vivenciado no trabalho é impedir que estratégias sejam adotadas para atenuá-lo e nesse caso, a cobrança psíquica interna poderá eclodir como uma manifestação somática, que em grande parte das vezes é incompreendida pelo próprio indivíduo e pela organização de trabalho, gerando maior conflito na esfera pessoal e profissional.

Complementando a análise sobre a elaboração de estratégia na esfera individual, observamos na entrevista coletiva uma oportunidade que foi remetida para a reflexão do grupo e que permitiu aos participantes estabelecer trocas de experiências, despertando o pensar coletivo, estimulando nos participantes o interesse para novos encontros que possam favorecer o fortalecimento do grupo e a adoção de estratégias construídas coletivamente para enfrentar os constrangimentos vivenciados no trabalho, conforme referido na fala abaixo:

[...] A gente já faz bem isso do diálogo. O hospital já tem essa coisa de promover a comunicação. (ROSA)

[...] A questão da dobra resolvemos na nossa unidade. Se ocorrer a dobra sem justificativa, paga a falta dobrada, e se for no domingo, paga dois domingos. [...] Essa norma foi construída pelo grupo [...] As justificativas são doença que gera internação ou impede realmente de trabalhar. [...] tem gente já identificada no grupo que adocece, e não tem assim, o respeito de avisar, pedir para colega ficar no lugar porque na cooperativa não existe atestado. Então, primeiro a gente chama, faz

reunião com o grupo, conversa, dá aquelas brigas, mas é transparente.  
(GIRASSOL)

Segundo Nunes (2000), o sofrimento, o prazer, o sujeito e a identidade são conceitos cujo uso rigoroso não tem validade fora da ordem singular. Não conhecemos sofrimento nem prazer de um grupo, de um coletivo, de uma organização ou de uma sociedade. Prazer e sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor.

Esses termos remetem ao sujeito singular, portador de uma história, de forma que essa história não pode ser em nenhum caso a mesma para um sujeito e para outro. Portanto, vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único seriam capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum (DEJOURS, 1994, p.128).

Na nossa compreensão, é exatamente o caráter da singularidade que confere diferentes respostas nos indivíduos submetidos às mesmas adversidades no ambiente de trabalho. A ocorrência do sofrimento psíquico raramente é revelada e associada à forma com que a organização do trabalho se estabelece na esfera da microestrutura organizacional.

As análises circundam entre a esfera macro-estrutural, relacionada à conjuntura política, econômica e social que projeta as pertinentes reivindicações por melhores condições de trabalho, ou são centralizadas na resposta pessoal dos sujeitos, e em uma ou outra esfera de análise, não se confere a responsabilidade organizacional para prover o equilíbrio entre as duas esferas vinculadas ao sofrimento.

O sofrimento psíquico que faz adoecer no trabalho encontra estreita relação com a impossibilidade de se constituir nesse espaço de produção do saber fazer, a elaboração de investimentos, aspirações, comunicação e escuta. Ao utilizar-se da inteligência prática, a enfermeira pode elevar a sua auto-estima e o simbolismo que funciona como uma base na transformação do sofrimento psíquico em sofrimento criativo e motivador, conforme descrevemos na Figura.

Parece-nos claro que a ocorrência do sofrimento é indissociável do contexto de trabalho e vida. O que se discute é a relação entre a organização de trabalho e a transformação desse sofrimento em prazer. Uma organização que valoriza a participação do coletivo, que promove a cooperação, que fortalece a identidade e habilidade individual, que adota uma prática cotidiana do reconhecimento e recompensa, divide com o trabalhador a responsabilidade pela implementação de respostas coletivas capazes de promover a satisfação e prazer no trabalho.

## e) Relatório de Validação do Discurso das Enfermeiras Entrevistadas

Em observância ao modelo metodológico desenhado pela psicodinâmica do trabalho foi elaborado um relatório final validado pelo grupo de enfermeiras que participaram da entrevista coletiva e procedemos a uma síntese dos conteúdos manifestos na entrevista com as enfermeiras gestoras, de forma que pudéssemos confrontar os seus conteúdos e apreender as suas divergências, convergências ou complementaridades que nos auxiliaram a tecer as nossas conclusões.

### e.1. Discurso coletivo elaborado a partir da fala das enfermeiras participantes da entrevista coletiva

As relações interpessoais são favoráveis a uma ambiência agradável e a construção do sentimento de pertencer a uma grande família. Existe um fácil acesso aos coordenadores e gerência como canal de livre expressão e comunicação, conduzindo as enfermeiras a sentirem-se escutadas e participativas, ainda que não exista uma sistematização institucionalizada para prover a participação efetiva no planejamento do trabalho, com envolvimento do coletivo de enfermeiras.

No que se refere à participação na definição dos processos de trabalho e a clareza na estruturação das tarefas, existem divergências nas unidades, em função do modelo pessoal da coordenação, coexistindo tanto a participação da enfermeira na definição de mudanças e situações pertinentes à dinâmica do trabalho, como a ausência de estratégias organizacionais que validem a participação do coletivo de enfermeiras. Tencionando os valores de confiança, respeito e sentimento de pertença e de bem estar, existe uma unidade em que ocorrem pseudodiálogos instaurados pela linha de mando e comando que processa uma comunicação imperativa, em tom coercitivo, autoritário, que silencia o interlocutor, promovendo sentimentos de indignação e frustração. Se por um lado, se pontua uma conduta gestora desfavorável à participação mais ampla na formulação e planejamento dos processos de trabalho, por outro emerge a certeza de ser escutado pela coordenação e gerência de enfermagem.

## e.2. Discurso coletivo elaborado a partir da fala das enfermeiras gestoras

Ao final das entrevistas semi-estruturadas apresentamos uma frase que deveria ser completada pela enfermeira entrevista, conduzindo-a uma reflexão sobre como deve ser a organização do seu trabalho. Apresentamos o discurso construído a partir das respostas que completaram a frase: a organização do trabalho da enfermeira deve...

[...] ser um trabalho em equipe, espontâneo, natural, sistematizado, integrado e interativo, que contemple a participação de todos em todas as esferas. Deve ser mais compartilhado em suas decisões e sem desprezar a hierarquia, favorecer a democracia, ser mais impessoal, baseado nas circunstâncias, visualizado de forma particularizada e não estabelecido no geral. Por fim, deve pautar-se no ser humano (ORQUÍDEA, HORTÊNCIA, JASMIN, VIOLETA, PETÚNIA, CRAVO, LÍRIO, DÁLIA).

Merece destaque a ocorrência de pausas antecedendo as respostas. Esse silêncio, não manifestado por apenas uma das enfermeiras que participaram das entrevistas, foi acompanhado de um olhar para o alto, suaves gesticulações com a boca esboçando um sorriso ameno, sugerindo uma parada para pensar e refletir, como se buscasse uma resposta adequada aos seus anseios e a sua realização profissional.

Durante toda a análise observamos expressões convergentes e divergentes. Os discursos proferidos pelas enfermeiras coordenadoras foram convergentes quanto às percepções de autonomia para desempenhar a função de gestora da sua unidade e de liberdade de expressão com a gerente de enfermagem.

No quesito de participação na formulação do seu processo de trabalho emergiu a divergência entre as enfermeiras da coordenação e da assistência, sendo na percepção das gestoras uma prática adotada no hospital, ainda que em situações pontuais e sem planejamento sistemático. Para as enfermeiras da assistência existe pouca participação sobre os processos decisórios, fato que interfere diretamente na execução do seu trabalho, e é considerado um ponto de estrangulamento que precisa ser melhorado.

A cooperação, respeito e união, um sentimento de pertença e de valorização pessoal foi expresso pelos sujeitos estudados e considerados como favoráveis à transformação do sofrimento em prazer e motivação profissional. O sofrimento emergiu com ênfase apenas quando as enfermeiras se referiam às dobras de plantão e pelo desgaste advindo de múltiplos vínculos empregatícios.

Com referência às estratégias de enfrentamento, identificamos a utilização tanto das estratégias individuais quanto coletivas. A estratégia de racionalização do sofrimento é bastante utilizada. Quando a palavra sofrimento emergia naturalmente na fala da enfermeira e era por ela percebido, buscava corrigir a expressão que acabara de usar, ora classificando-o como sofrimento mínimo e sem relevância no seu contexto de trabalho, ora utilizando-se de outra palavra similar, que de alguma forma negasse a sua ocorrência. A sublimação do sofrimento é outra estratégia utilizada, sendo referido pela enfermeira que ele existe no cotidiano de trabalho, mas é superado, pela ocorrência em maior frequência, das situações favoráveis ao prazer e que atenuam o sofrer no trabalho.

Com referência às estratégias coletivas utilizadas pelos grupos da UCI e emergência, percebemos que elas fortalecem a identidade do grupo e asseguram uma autonomia relativa nas atividades técnicas, no controle dos participantes do grupo e na adoção de ajustes estabelecidos pelo coletivo frente às adversidades. Nesse sentido, a utilização de estratégias de enfrentamento confirmou o pressuposto de que existe uma possibilidade de se transformar o sofrimento no trabalho em prazer criativo e motivação profissional. Os resultados obtidos permitiram identificar a percepção das enfermeiras sobre aspectos da organização do trabalho no hospital estudado, classificados como favoráveis às vivências de prazer ou do sofrimento no trabalho, e que são representamos no quadro síntese abaixo:

Quadro 4: Síntese da percepção da enfermeira sobre aspectos da organização do trabalho que são favoráveis às vivências de prazer ou sofrimento no trabalho em um hospital privado da cidade de Salvador, 2007.

CONDIÇÕES FAVORÁVEIS AO PRAZER NO TRABALHO	CONDIÇÕES FAVORÁVEIS AO SOFRIMENTO NO TRABALHO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiência organizacional agradável e o sentimento de fazer parte de uma grande família.</li> <li>2. Liberdade para negociar com a chefia e para expressar opiniões no local do trabalho e com os colegas.</li> <li>3. Solidariedade, confiança, cooperação e união</li> <li>4. Respeito e confiança demonstrado pela equipe.</li> <li>5. Possibilidade de utilizar a criatividade, e de poder questionar os padrões implementados.</li> <li>6. Autonomia no sentido de estabelecer as regras que definem a auto-regulação do grupo.</li> <li>7. Gratificação pelo desempenho de suas funções, tanto na recuperação do paciente quanto na possibilidade de contribuir com a formação das enfermeiras em regime de residência.</li> <li>8. Aperfeiçoamento contínuo relacionado ao modelo hospital escola</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fraca participação no planejamento dos protocolos de trabalho que executa.</li> <li>2. Falta de reconhecimento do empenho e do esforço.</li> <li>3. Esgotamento emocional por ter que assumir responsabilidades que são relacionadas à conduta de outro profissional da equipe multidisciplinar de saúde.</li> <li>4. Ter que permanecer no plantão sem estar programada para isso por ausência de outro colega de trabalho.</li> <li>5. O medo e insegurança gerados pela ausência de vínculo com carteira assinada.</li> <li>6. A baixa remuneração.</li> <li>7. As comunicações autoritárias proferidas em público e que conduzem à humilhação.</li> </ol>

#### f) Análise de Dados da Escala de Indicadores Prazer-Sofrimento no Trabalho

Acreditamos que esse instrumento já validado em outras pesquisas apresentou resultados coesos e articulados com os dados qualitativos obtidos a partir das entrevistas, reafirmando a partir de um número mais abrangente de sujeitos do estudo que a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho da enfermeira.

Os resultados gerais apontaram para uma classificação mais favorável às vivências de prazer, sendo as respostas emitidas nos conjuntos sobre a liberdade de expressão, realização profissional e falta de reconhecimento, pontuada mais positivamente, por uma média de vinte e duas, das vinte e nove enfermeiras que responderam ao inventário, equivalente a 76% da amostra.

Complementando essa avaliação positiva sobre os itens que conferem sentido ao trabalho e se relacionam com as categorias de prazer e sofrimento no trabalho emergiu do conjunto de itens relacionados ao esgotamento profissional uma avaliação negativa e favorável às vivências do sofrimento.

No balanço entre sofrimento vivido e resignificado em prazer, ou entre a satisfação profissional e os eventos que disparam sentimentos de frustrações, existem contextos do trabalho que merecem ser destacados para elucidar os pontos críticos e graves passíveis de intervenção na organização do trabalho. Esse diagnóstico se configura em uma importante ação da pesquisa em psicodinâmica do trabalho, pois favorece a revisão dos processos e a implementação de medidas corretivas de condições de trabalho que podem desencadear o sofrimento patológico.

Observamos que na avaliação dos itens relacionados à realização profissional, liberdade de expressão e reconhecimento, uma média de sete enfermeiras apresentou respostas negativas. Partindo da referência desse número que prevaleceu como padrão nas respostas, estabelecemos como ponto de corte todos os itens que foram avaliados por mais de sete enfermeiras como negativos e os destacamos para proceder a uma análise mais aprofundada.

O resultado dessa construção (APÊNDICE H-Quadro10) evidenciou uma avaliação negativa centralizada nos quesitos relacionados às condições de trabalho, esgotamento emocional, estresse e sobrecarga, representando 76% de enfermeiras que declaram vivências mais favoráveis ao sofrimento no trabalho.

É importante sinalizar que os itens cooperação e confiança entre os colegas; falta de reconhecimento do meu esforço e do meu desempenho; valorização e reconhecimento; medo,

insegurança e frustração foram avaliados por dez enfermeiras (aproximadamente um terço dos sujeitos estudados) como negativos e favoráveis às vivências de sofrimento.

Esse resultado converge com o discurso das enfermeiras entrevistadas, que apontaram entre as causas mais favoráveis ao sofrimento a baixa remuneração que projeta sentimento de frustração e não valorização do seu fazer profissional, trabalho em turnos e dobras de plantão que conflitam com o desejado convívio familiar, e a insegurança pela modalidade de vínculo cooperativado. Todas esses núcleos de sentido consolidaram a categoria de condições de trabalho e a dinâmica do sofrimento.

Com relação ao item confiança e cooperação entre os colegas, configuraram-se divergências, pois os discursos nas entrevistas foram enfáticos quanto à afirmação do clima organizacional favorável à cooperação e confiança, sendo este item incorporado como valor para fortalecimento grupal e enfrentamento dos constrangimentos e dificuldades no trabalho.

Validando a importância do reconhecimento como fundamental para elevar a autoestima e os sentimentos de valorização pessoal e profissional, reafirmamos que compete aos gestores do processo de trabalho a prática da gestão participativa, da autonomia técnica, do incentivo e favorecimento da capacitação profissional, da prática de conceber visibilidade ao trabalho da equipe e da enfermeira, dentre outras ações de reconhecimento que podem ser implementadas na comunicação que valida, que respeita, que incentiva e que projeta a motivação profissional.

Vale ressaltar que as enfermeiras da unidade de internação pontuaram que apesar de existir um canal de comunicação com a coordenação, sentem dificuldade em se fazer ouvir, de obter retorno às suas reivindicações, e a inobservância de mudanças efetivas na conduta de mando e comando da referida coordenação. Essa conduta que desencadeia grande desconforto leva algumas enfermeiras a desistirem de permanecer no serviço e no hospital, apesar de se identificarem com o mesmo.

O medo, item avaliado no conjunto do esgotamento profissional, pode ser interpretado como resultante dos constrangimentos, o medo de falhar no exercício de suas atividades e ser criticado de forma rígida e intolerante e dentre outros processos psíquicos, o medo do desemprego que permeia quase a totalidade das outras elaborações mentais nesse sentido. Esse medo, reconhecido por dez enfermeiras como presente na condição de trabalho, foi pouco referido no coletivo de enfermeiras entrevistadas, talvez como resultante do sentimento de confiança e de pertencimento que emergia na fala dos sujeitos. Acreditamos que essa reflexão encontra ressonância nas falas abaixo:

[...] a coisa do vínculo aqui no hospital é muito forte, a dificuldade de desligar é grande [...] porque é família. Aqui tem uma segurança que não existe em lugar nenhum. (GIRASSOL)

Por fim, podemos referir que o EIPST se constitui como importante ferramenta na obtenção de dados que em sua convergência, complementaridades e algumas divergências permitiu reafirmar o pressuposto de que a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica de transformação do sofrimento em prazer e motivação profissional.

## 5 CONCLUSÃO

O debate sobre o processo saúde doença dos trabalhadores tem merecido destaque por parte dos teóricos que apontam uma nova concepção amparada no eixo bio-psíquico-social em relação ao processo produtivo. É uma tentativa de resgatar a historicidade dos processos biológicos e psíquicos na conceituação do que seja saúde e doença, imputando aos contratantes de mão-de-obra a necessidade de contemplar a subjetividade humana, a inteligência prática dos trabalhadores na construção coletiva dos processos de trabalho, sob pena de perpetuar uma legião de descontentes que adoecem no vigor da plena capacidade produtiva.

Nosso primeiro movimento vislumbra escutar os discursos reveladores das vivências do sofrimento no trabalho, pois a experiência ao longo de dezessete anos de profissão constatava essa realidade. Restava-nos definir um caminho que fizesse emergir aspectos do sofrimento vinculados à forma como se organizava o processo de trabalho da enfermeira.

Por tratar-se de um tema subjetivo, multifatorial e continuamente tensionado por fatores bio-psico-socioprofissionais, fez-se necessário eleger um arcabouço teórico que sustentasse a concepção fundante do nosso questionamento: como a organização de trabalho da enfermeira se relaciona com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho? Aqui se inscreve a escolha pela psicodinâmica do trabalho, que estabelece a unidade relacional entre a organização do trabalho, a perspectiva de transformação do sofrimento e a resistência às adversidades para se viabilizar as vivências de prazer no trabalho.

O trabalho da enfermeira a submete a uma extenuante jornada, com elevado grau de exigência e responsabilidade frente a um número excessivo de pacientes, ao conteúdo das tarefas, à escassez dos recursos materiais, situação na qual o direito ao repouso digno no trabalho noturno é cerceado e a recompensa não garante uma remuneração compatível com o comprometimento profissional.

Reconhecidas essas condições desfavoráveis de trabalho, que podem estar vinculadas a fatores macroeconômicos, em um modelo de maior lucratividade com menor investimento, conduzimo-nos a uma reflexão sobre a possibilidade de se estabelecer a normatização e a sistematização do processo de trabalho da enfermeira na esfera da microestrutura organizacional para favorecer as experiências prazerosas, ao invés de modelos veiculadores de mais insatisfação, frustração e sofrimento.

Compete à enfermeira, na função gestora, perceber nos seus pares o sofrimento e a sua subjetividade ao definir os processos de trabalho, pois não é possível encontrar ressonância simbólica no trabalho em que se perpetuam a rigidez e a inflexibilidade, sufocando a participação e criatividade.

Outro aspecto que nos preocupava era a adequação da metodologia ao quesito gênero, já que a organização do trabalho da enfermeira ocorre em um universo eminentemente feminino e a teoria em psicodinâmica não apresenta adequação da análise em uma construção de gênero.

Observamos no hospital estudado que não havia diferenças entre homens e mulheres no que se refere a posições de comando, diferenças salariais ou estruturação e divisão das etapas de trabalho no cuidado, e contrariando o que versa nas análises sociológicas sobre a delegação dos cargos de comando em poder dos homens, a população em estudo evidenciou uma centralização do gênero feminino no comando, possivelmente pelo maior número de mulheres na composição da equipe.

Cabe ressaltar, ainda, que aspectos considerados pela psicologia clínica como pertencentes à constelação psíquica do feminino e do eu relacional das mulheres, como a percepção ampliada para os aspectos da subjetividade, o detalhamento, a tolerância e a paciência, somadas à capacidade de resignação e ressignificação dos conflitos, são considerados como muito importantes no campo das atividades voltadas para o cuidado com seres humanos. Essa particularidade do perfil psicológico do feminino encontra nítida ressonância na composição da categoria de enfermagem, constituída predominantemente por mulheres.

A enfermeira é uma profissional que se identifica com o cuidado, capaz de atenuar o sofrimento de outrem, em um espaço desenhado para restaurar a saúde. Nesse ser-saber-fazer, a enfermeira confronta-se habitualmente com o dilema ético entre a humanização do cuidado e a maximização do capital, um conflito de difícil conciliação, que a constrange e pode levar ao sofrimento no e do trabalho.

Não se trata de uma alusão sobre a institucionalização dos serviços de saúde, como direito inalienável a todos os cidadãos. Admitindo a coexistência do capital privado como grande responsável pela oferta de serviços dessa natureza, admitimos também a necessidade de viabilidade financeira dessas organizações. Na equação entre a humanização dos cuidados prestados e lucratividade impulsionadora de novos e melhores investimentos, esmaga-se o fiel dessa balança, o trabalhador, nesse caso, a enfermeira.

Como equacionar essa conta, quem escuta a voz que revela o sofrimento ou quando se viabilizará a transformação desse conflito essencial em novas e criativas alternativas que conduzam ao prazer, são perguntas cujas respostas só podem ser proferidas pelos agentes desse processo de trabalho, as enfermeiras. Apenas um caminho socialmente construído poderá distanciar a individualização e competição entre os pares e, talvez, construir uma ideologia defensiva do coletivo.

Ao viabilizar a transformação do sofrimento psíquico, que reprimido, negado e mantido no cotidiano de trabalho leva ao adoecimento, em sofrimento criativo e impulsionador, ocorre a metamorfose em prazer e motivação no trabalho. Todo o arcabouço teórico nos indicava a possibilidade de se falar em uma organização do trabalho que favorece a transformação do sofrimento psíquico em sofrimento criativo, edificante e que constrói novas competências e motivação pessoal.

Ao escolhermos os instrumentos de coleta de dados, visávamos a comunicação como ferramenta capaz de nos permitir dialogar com o cotidiano, o contexto e o sujeito, elementos de uma tríade que nos revelou muitas unidades de significações sobre a organização do trabalho da enfermeira.

Não nos satisfazendo com a obtenção dessa rede de comunicações, estabelecemos produzir os dados por diferentes métodos de coleta e a partir dos diferentes atores do processo de trabalho analisado. Essa opção, distante de significar desconfiança na robustez do método qualitativo que, factível de análise com profundidade, ensejava a interação com diversidade e singularidade dos sujeitos.

A riqueza dos conteúdos em um tempo não exequível de análise mais aprofundada se revestiu em frustração transitória, mas nos manteve presas a uma análise desafiadora e apaixonante. Os dados foram se insurgindo e mais uma vez nos fazendo identificar os conceitos da psicodinâmica que apontava para a motivação, a satisfação e a ressignificação do sofrimento psíquico em sofrimento criativo e prazer.

No princípio, mantivemos a prontidão para não permitir que nossas expectativas interferissem com o conteúdo manifesto e, assim, permitir que estes se mostrassem na sua autenticidade com todas as suas contradições, homogeneidades e impurezas, e ao mesmo tempo em que nos distanciávamos das nossas construções pessoais, mas mergulhávamos no sentido conferido pelo coletivo de enfermeiras.

Na obtenção de dados proveniente de resposta quantitativa, imune à possibilidade de receber suas inferências subjetivas, impuseram-se convergências, complementaridades e

poucas contradições, isso tranqüilizou-nos sobre o direcionamento interpretativo e interacional do pesquisador.

Os resultados responderam ao objetivo do estudo à medida que permitiram demonstrar como a organização do trabalho se relaciona com a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho da enfermeira e ao identificar a utilização de estratégias individuais e coletivas para promover a ressignificação do sofrimento psíquico em elaborações criativas, esculpidas pela inspiração e inteligência prática, como caminho favorável ao encontro com o prazer.

O sofrimento se fez tão evidente quanto possível de ser ressignificado, ou, como foi expresso no discurso de uma enfermeira participante do estudo, possível de ser reeditado. Ele foi não apenas conscientemente identificado, como subjetivamente revelado nas falas entrecortadas de gaguejos, interrupções e silêncios. A comparação dos contextos da organização do trabalho que se estabelecia em outro vínculo empregatício fez enriquecer o texto produzido e balizar os resultados.

Estando alerta para a possibilidade de ver essas percepções relacionadas à outra instituição de trabalho mascararem as respostas da escala de indicadores prazer-sofrimento no trabalho, foi elaborado um texto contendo orientações acerca da pertinência das respostas que deveriam considerar o trabalho no hospital estudado. Os resultados ratificaram que esse cuidado favoreceu ao adequado preenchimento dos dados, pois a análise das avaliações conferidas pelas enfermeiras que participaram da entrevista coletiva evidenciava uma avaliação favorável ao prazer na organização em estudo, ao tempo em que relatavam constrangimentos no trabalho em outra organização, reveladores de uma avaliação negativa.

O foco na organização do trabalho como fundante do sofrer no trabalho foi confirmado na análise qualitativa dos núcleos de sentido, que permitiram a construção de quatro categorias, três delas correlacionadas ao arcabouço epistemológico da psicodinâmica do trabalho: a relação entre a organização do trabalho e a dinâmica prazer-sofrimento; as relações profissionais mobilizam sentimentos de prazer e de sofrimento e as estratégias coletivas e individuais na ressignificação do sofrimento. A categoria sobre as condições de trabalho na dinâmica do sofrimento foi analisada com o detalhamento próprio ao método, mas revelou-se revestida de menor significância simbólica e por isso, de menor custo na economia psíquica dos sujeitos.

A participação da enfermeira no planejamento e definição do processo de trabalho, compreendidos no seu todo, com representação formal de um envolvimento coletivo foi um ponto destacado para a instauração de melhorias contínuas. Outro ponto crítico se refere à comunicação e ao modelo de gestão implementado em parte do hospital, que se configura

como causador de constrangimentos, inquietações e sofrimento, favorecendo, em última instância, a desistência da enfermeira em continuar pertencendo ao hospital, ainda que dele não deseje se desligar.

O aspecto do vínculo empregatício por cooperativa foi revelado pelas enfermeiras como mobilizador de insegurança, fazendo com que muitas enfermeiras buscassem outro emprego para amenizar o medo de não receber salário ao se afastar do trabalho por motivo de doença ou gravidez, por exemplo. A esse respeito houve divergência das falas, sendo esse modelo, ora comparado a uma facilidade de vida no trabalho, pois comporta a flexibilidade de horários e de escala, ora apontado como motivo para que o hospital estudado seja preterido na concorrência com outras instituições que oferecem os direitos trabalhistas definidos na CLT.

Houve consenso quanto a segurança financeira representada pela remuneração satisfatória e que viabiliza a manutenção de um único emprego. Nessa circunstância, o hospital estudado passaria a ser a primeira opção de escolha para se trabalhar e, utilizando a fala que emergiu no discurso de uma enfermeira, “o hospital seria um sonho” (GIRASSOL).

Na lista dos contextos desfavoráveis à satisfação e prazer, foi inferida a inexistência de um plano de cargos e salários que promovesse a valorização e recompensa para a enfermeira que se mantém no vínculo por muitos anos. Essa seria uma política de gestão que fortaleceria a relação entre empregado e empregador, repercutindo, certamente, em uma menor rotatividade da equipe que confessa o claro desejo de permanecer.

Ademais, a possibilidade de manter-se em uma contínua revisão do conhecimento técnico, científico e relacional; o exercício da inventividade, a autonomia (exceção feita às enfermeiras das unidades de internação), o fortalecimento do grupo em relações revestidas de respeito, confiança e valorização profissional, bem como a união, cooperação e afetividade foram pontuados pelas enfermeiras como um grande diferencial do hospital que é, no conceito das enfermeiras participantes do estudo, um grande coração de mãe.

Portanto, é possível transmutar do modelo cristalizado e enrijecido, balizado no poder autoritário e que não contempla a subjetividade da enfermeira, para o modelo da flexibilidade, autonomia consentida, participação e cooperação. Garantir que o planejamento e a ação caminhem juntos para produzir impactos e soluções que aumentem a eficácia das organizações é um desafio a ser implementado e que busca alcançar auto-suficiência e projetar a competência, eficiência e eficácia através da satisfação de seus trabalhadores.

Compete à diretoria do hospital viabilizar, através da gerência de enfermagem, a capacitação técnico-administrativa das coordenadoras, focando a gestão participativa e valorização de recursos humanos, proceder a uma avaliação acerca do vínculo cooperativado e da inexistência de um plano de cargos e salários, no sentido de implementar estratégias que

propiciem a satisfação com o aspecto da recompensa e valorização do empenho e esforço das enfermeiras no trabalho.

Compete a enfermeira na função gestora, sistematizar a efetiva participação das enfermeiras no planejamento do seu processo de trabalho e programar melhorias nos canais formais de comunicação que validem a interação e escuta do coletivo de trabalho, bem como adotar práticas de reconhecimento que aumentem a satisfação no trabalho.

Fomentar através das reuniões da cooperativa o fortalecimento do coletivo de enfermeiras da assistência e da auditoria é uma conduta que poderá suscitar a autonomia e a utilização de estratégias coletivas no enfrentamento dos contextos de trabalho que levam ao esgotamento, estresse e sofrimento psíquico. Para que se instaure um espaço de escuta coletiva, as enfermeiras devem consolidar a prática da cooperação, se distanciando da banalização do sofrimento de seus pares e fortalecendo-se no alcance de suas reivindicações profissionais.

Buscar o equilíbrio entre as polaridades do sofrimento e do prazer, admitindo as circunstâncias de crise e de sofrimento é sinal de crescimento organizacional. Ao descobrir estratégias coletivas, crescemos e revelamos o potencial subjetivo que se encontra oculto em nós.

Deixamos como palavras síntese dessa conclusão: processo, mudança, contexto, comportamento e interação. A decisão por um modelo organizacional que se processe tanto no plano individual como no coletivo implica em lidar com um fenômeno qualitativo e verticalizado, que deve levar em conta a subjetividade e o relacional na estruturação do processo de trabalho. É admitir a ocorrência do imprevisto e do aleatório que suscita a inteligência prática e a criatividade fundamental na dinâmica do sofrimento.

Esse estudo não se encerra nessa primeira análise, é recomendável que em obediência ao método da psicodinâmica do trabalho possamos aplicar a clínica do trabalho preconizada por Dejours, favorecendo a escuta do coletivo, com envolvimento crescente dos gestores e implementação de resolutividade frente às formulações apresentadas pelas enfermeiras ao se referirem ao seu processo de trabalho.

Seria ainda enriquecedor estender o método de encontros para falar sobre o trabalho progressivamente, a totalidade de empregados do hospital estudado, viabilizando assim uma reformulação ampliada não apenas dos processos de trabalho da enfermeira, mas de toda a inter-relação deste trabalho com as demais categorias da equipe de enfermagem e de saúde.

Para nós, fica como maior proveito deste estudo a compreensão de que o trabalho é resultante da interação visceral entre o sujeito que executa um trabalho real, repleto de

significações, com uma organização que espera deste sujeito nada menos que a eficiência, eficácia e excelência sob a forma de um produto gerador de lucro e ascensão produtiva. Esta interação poderá ser favorável ao prazer ou ao sofrimento patológico que leva ao adoecimento, à medida que viabilize ou reprima a opinião e discussão das enfermeiras na elaboração do seu processo de trabalho.

Muitos caminhos foram percorridos da concepção ao desenvolvimento do estudo sobre a dinâmica do sofrimento na organização do trabalho da enfermeira. Por certo sofremos, mas na pulsão motivadora pela construção e desconstrução do conhecimento apreendido, na força da liberdade criadora, nas inter-relações acadêmicas e com as colegas integrantes da pesquisa, crescemos e encontramos prazer.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Márcia Guimarães de Mello; CHOR, Dóra; FAERSTEIN Eduardo; Lopes Cláudia de Souza, WERNECK Guilherme Loureiro. Versão resumida da job stress scale: adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**. 38(2): p.164-71, 2004.

AQUINO, Jael Maria de. **As relações interpessoais de uma equipe cirúrgica**: influências no ambiente de trabalho e na assistência Salvador: 2000. 90p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na linha de Administração dos Serviços de Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2000.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** (ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho). 8. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 155 p.

ARAÚJO, Tânia Maria *et al.* Aspectos psicológicos do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v. 37, n.4, p. 424-433, ago. 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. 6(1): p. 63-72. 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, 1999. p. 27-132.

BARRETO, Maria. **Violência, saúde e trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003. 235 p.

BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 9(1), p. 213-223, 2004.

\_\_\_\_\_. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 10(4), p. 939-952. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, deptº. de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador, **Cadernos de atenção básica**. n. 5, 2001. 63 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS: desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas.** Brasília – DF, 2006. 32 p.

BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.195-204. jan./mar.2000.

CHANLAT, Jean François. (Coord.) **O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, v.1. 1993. 205 p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, cap. 3-5, 2000.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas. 1994. 145 p.

DEJOURS, Christophe. **Banalização da Injustiça Social.** Tradução: L.A.Monjardim. 6. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005. 158 p.

\_\_\_\_\_. **O Fator Humano:** Tradução Betiol, M.I.S.; Tonelli, M.J. 2. ed. Rio de Janeiro: EFGV, 1999. 102 p.

\_\_\_\_\_. Uma Nova Visão do Sofrimento Humano nas Organizações. In: CHANLAT, J.C. (coord.) **O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, v.1. p. 149-173. 1993.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho.** 5. ed. São Paulo: Cortez. 1992. 168 p.

DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes interpessoais em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1983. 173 p.

FERNANDES, Sônia Regina Pereira; PACE, Daniela Tejo di; PASSOS, Maria Fabiana Damásio. Organização e condições de trabalho de telemarketing: Repercussões na saúde psíquica dos trabalhadores. In: JAQUES, M.G.; CODO, W. (orgs) **Saúde Mental e trabalho: leitura.** 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.247-70.

FISCHER, Frida Marina; GOMES, Jorge da Rocha; COLACIOPPO, Sérgio. (Org.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. 239 p.

HELOANI, José Roberto; CAPITÃO, Cláudio Garcia. Saúde Mental e psicológica do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, vol.17, n.2, p.102-108, abr/jun. 2003.

HAAD, Guadalupe Scarparo; LOPES, Marta Júlia Marques; SCHUCK, Janete Silva da. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2ª ed. Goiânia: AB, 2001. 140 p.

JAQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderlei (orgs) **Saúde Mental e trabalho: leitura**. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 424 p.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. (orgs.) **Cristophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. 346 p.

LUNARDI, Wilson Danilo Filho. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do Processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Porto Alegre, 50 (1), p.77-92, jan./mar.1995.

MAIA, Silmara da Costa. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva**: proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. 1999. 109 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1999.

MARTINS, José Clerton de Oliveira; PINHEIRO, Adriana de Alencar Gomes. Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo-SP, v. 7(1), n. 1, p. 79-85, 2006.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desafios das organizações de enfermagem no despontar da nova era**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.1-3. jan, 2000.

MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, métodos e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2004. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244 p.

MOLINIER, Pascale. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. **Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.14-26, set./dez. 2004.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reformar, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobino. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2000. p. 117-128.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **As dimensões do trabalho em saúde**. In: Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 71-79.

NORIEGA, Mariano.; LAURELL, Cristina; MARTINEZ Susana, MENDÉZ Ignácio; VILLEGAS, Jorge. Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4,out./dec. 2000.

NUNES, Bernadete de Oliveira. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 161 p.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p.103-109, fev. 2001.

\_\_\_\_\_. **Equipe multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação**. 1998. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação do departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, Marta Cristiane Alves; FÁVERO, Neide. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.7-12. 2001.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 191 p.

PIZZANATO, Nadia Kassonf. **Homem, trabalho e sociedade: Evolução da relação homem trabalho, à luz da Teoria da Organização**. Impulso – Revista de Pesquisa e Reflexão da UNIMEP. Ano 2, n. 3, 1º semestre 1988.

PIZZOLI, Lourdes Margareth Leite. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.4.p.1055-1062, Oct./Dec. 2005

RICHARDSON, Roberto Jerry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 70-89.

SATO, Leny. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JAQUES, M.G.; CODO, W. (orgs) **Saúde mental e trabalho dominado: leituras**. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 31-49.

SELIGMANN, Edith Silva. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 45-90.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

## APÊNDICE A

### ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS UTILIZADOS NA PESQUISA

Prezada enfermeira e enfermeiro,

Agradecemos a sua valiosa contribuição com esse estudo que objetiva avaliar como a organização do trabalho se relaciona com as vivências de prazer e sofrimento no trabalho da enfermeira. Abaixo apresentamos importantes orientações a serem observadas no preenchimento dos formulários que constam do envelope que está recebendo:

1. Preencher e identificar o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que assegura o caráter voluntário do participante e o compromisso de sigilo do pesquisador – único formulário que precisará se identificar.
2. O formulário do perfil socioprofissional dos sujeitos da pesquisa é constituído de perguntas que permitem a caracterização dos sujeitos da pesquisa, não cabendo a identificação.
3. Preencher o Inventário da Escala de Indicadores Prazer – Sofrimento no Trabalho, considerando com a maior adequação possível a sua vinculação com o hospital em estudo, haja vista ser essa a organização de trabalho que estará sendo submetida ao estudo de caso. Não cabe a identificação.

Realizaremos uma entrevista coletiva com as enfermeiras e enfermeiros executores do processo de trabalho (assistencial e auditoria), no intuito de pensar e falar coletivamente sobre o tema em estudo, e elaborar um conceito coletivo sobre a dinâmica do prazer-sofrimento no trabalho da enfermeira (o). O local, dia e horário de realização da entrevista serão definidos considerando a proximidade com o hospital estudado, o horário de trabalho (os voluntários serão liberados do plantão durante aproximadamente duas horas), no período das 16h às 18h. Caso possa participar do grupo, manifeste o seu interesse preenchendo os campos abaixo:

Sou voluntária (o) a participar da entrevista coletiva:

Nome: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Cordialmente,

Cristiane Magali Freitas dos Santos  
Mestranda em Enfermagem pela UFBA  
Dez/2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidada(o) a participar como voluntária(o) do estudo sobre “A dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, confirmo ter recebido, da responsável pela execução desta pesquisa, a Sr<sup>a</sup> Cristiane Magali Freitas dos Santos, mestranda em Enfermagem do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo se destina a:
  - analisar como a organização do processo de trabalho se relaciona com a ocorrência do sofrimento no cotidiano de trabalho da enfermeira (o).
2. Que a importância deste estudo *é a de contribuir com a reflexão sobre o cotidiano de trabalho da enfermeira na área hospitalar e o seu papel na formulação do processo do trabalho, visando favorecer a transformação do sofrimento em prazer.*
3. Que os resultados que se desejam alcançar são:
  - Identificar a organização do trabalho quanto à viabilidade da dinâmica prazer - sofrimento no trabalho da Enfermeira.
  - Avaliar as vivências de prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira, através de indicadores relacionados pelo EIPST – Escala de Indicadores Prazer – Sofrimento no Trabalho.
  - Identificação dos ajustes individuais e coletivos utilizados pela enfermeira para atenuar o sofrimento no trabalho que ela realiza.
4. Que esse estudo começará em outubro 2007 e terminará em fevereiro de 2008.
5. Que o estudo será realizado da seguinte maneira:
  - *Através de uma entrevista semi-estruturada com a gerente de enfermagem.*
  - *Entrevista coletiva com enfermeiras(os) executoras do processo de trabalho livre discurso realizada fora do ambiente de trabalho e mediada pela pesquisadora; constituída de enfermeiras voluntárias e de diferentes unidades (coletivo de pesquisa).*
  - *Preenchimento do formulário-inventário de Escala de Indicadores Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST).*

- *Análise conclusiva por confrontação dos dados levantados.*
6. Que eu participarei das seguintes etapas:
    - *Entrevista coletiva com a enfermeira da assistência.*
    - *Entrevista semi-estruturada com gestoras de enfermagem (gerência, coordenação).*
    - *Preenchimento do formulário-inventário de Escala de Indicadores Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST).*
  7. Que o pesquisador respeitará sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes do pesquisado.
  8. Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
  9. Que a qualquer momento eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
  10. Foi-me assegurado como participante da pesquisa que os benefícios de retorno social resultantes do projeto como procedimentos ou produtos da pesquisa estarão disponíveis ao meu livre acesso.
  11. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só serão realizadas entre os profissionais estudiosos do assunto para fins de estudos na comunidade científica.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço da participante-voluntária(o):**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Endereço da responsável pela pesquisa:**

Instituição de vínculo na executante da pesquisa: UFBA – Escola de Enfermagem

Endereço: Rua Augusto Viana S/N – Campos Universitário

Bairro: Canela / CEP: 40.110-060/ Cidade: Salvador - BA

Telefones p/contato: (071) 3383 7603 - 9168 2408

**Observação:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se à Escola de Enfermagem da UFBA, coordenação de pós-graduação.

Telefone:

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.

Assinatura da voluntária (Rubricar as demais folhas)	Cristiane Magali Freitas dos Santos (Rubricar as demais páginas)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntária da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”* (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COLETIVA COM AS ENFERMEIRAS EXECUTORAS DO PROCESSO DE TRABALHO

A entrevista coletiva buscará a livre expressão, identificará qual a percepção das enfermeiras (os) sobre a dinâmica do sofrimento-prazer e a forma como se organiza no seu processo de trabalho.

Para favorecer a discussão de diferentes aspectos sobre o tema estudado e facilitar o pensar em conjunto, o grupo será conduzido por um coordenador-moderador através de uma abordagem não diretiva, utilizando um roteiro aberto, que será apresentado ao grupo no início das discussões, visando favorecer o posicionamento das enfermeiras (os) e reduzir a interferência do moderador.

O registro das atitudes, expressão não verbal e dinâmica corporal se processará através de dois observadores não autorizados a intervir nas discussões.

O roteiro foi estruturado, almejando obter dados que auxiliassem na reflexão sobre:

- Percepções sobre a organização do trabalho da enfermeira.
- O sofrimento na organização do trabalho.
- Dinâmica do sofrimento-prazer no trabalho.
- Validação – relatório final do grupo de trabalho.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



## CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE D****ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS ENFERMEIRAS  
GESTORAS DOS SERVIÇOS ENFERMAGEM**

1. Comente sobre o modelo de gestão adotado por esse serviço.
2. Fale sobre o processo de trabalho das enfermeiras subordinadas hierarquicamente à sua gerência.
3. Como ocorre a participação de seu grupo de enfermeiras na construção do processo de trabalho?
4. Como você define sofrimento?
5. Qual a sua percepção sobre a dinâmica sofrimento-prazer no trabalho da enfermeira?

**APÊNDICE D - CONTINUAÇÃO**

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA LINGUAGEM NÃO FALADA DURANTE A ENTREVISTA  
COM AS ENFERMEIRAS GESTORAS DOS SERVIÇOS ENFERMAGEM

UTILIZAÇÃO NA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA COM ENFERMEIRAS GESTORAS E ENTREVISTA COLETIVA COM ENFERMEIRAS (OS) EXECUTORAS DO PROCESSO DE TRABALHO.

<b>1. GESTOS</b>	<b>2. SILÊNCIOS/PAUSAS</b>	<b>3. TOM DE VOZ</b>	<b>4. EXPRESSÃO FACIAL</b>
<b>5. EXPRESSÃO CORPORAL</b>	<b>6. COERÊNCIA DO DISCURSO</b>	<b>7. FUGAS DO TEMA PROPOSTO</b>	<b>8. REPETITIVIDADE</b>
Observação livre:			



## APÊNDICE E

### PERFIL SOCIOPROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS (OS) PARTICIPANTES DO ESTUDO

- *Entrevista gravada com a enfermeira executora do processo de trabalho.*
- *Entrevista com gestoras de enfermagem (gerência e coordenações).*

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E PESSOAL:

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo feminino  Masculino
3. Etnia declarada: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: solteira  Casada  Separada/divorciada  Outros
5. Filhos: Não  Sim  quantos? \_\_\_\_\_
6. Moradia própria  alugada  mora com os pais (outros)
7. Veículo automotivo: próprio  financiado  não possui
8. Renda mensal: menor que mil reais  / entre mil e dois mil  / maior que dois e menor que três  / maior que três e menor que quatro  / maior que quatro

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL:

1. Tempo de trabalho nesse hospital: \_\_\_\_\_
2. Setor/serviço de trabalho: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_
3. Existência de outro vínculo: \_\_\_\_\_
4. Jornada de trabalho: horas semanais: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_
5. Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_ e exercício na profissão? \_\_\_\_\_
6. Formação em pós-graduação: \_\_\_\_\_

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

## APÊNDICE F

QUADRO 5 PERFIL SOCIAL, ECONÔMICO E PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS GESTORAS E EXECUTORAS DO PROCESSO DE TRABALHO DE UM HOSPITAL PRIVADO DE SSA-BA, 2008.

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

Dados Socio pessoais		Idade			Etnia						
		22 a 35	36 a 45	46 ou mais	branca	parda	negra	morena clara	Não respondeu		
		Gestoras	3	2	3	1	3	1	1	2	
Enfermeiras	24	4	1	7	9	5		8			
Dados Socio econômicos		Estado Civil			Filhos		Sexo				
		solteira	casada	divorciada	outros	sim	não	Fem.	Masc.		
		Gestoras	3	4			3	5	8		
Enfermeiras	18	7	2		7	22	24	5			
Dados Socio econômicos		Moradia			Veículo			Renda Mensal (em reais)			
		Própria	Alugada	com os pais	Próprio	Financiado	Não possui	menor que dois mil	maior que dois e menor três mil	maior que três e menor quatro mil	maior que quatro mil
		Gestoras	5		3	7	1				6
Enfermeiras	12	10	6	11	10	8		6	14	9	
Dados Socio profissionais		Tempo de serviço (em anos)			Cargo						
		menor 01	01 a 03	maior que 04	gerente	coordenação	supervisão	auditoria	assistência	preceptor	SCIH
		Gestoras		2	6	1	5	1			
	Enfermeiras	10	15	4			1	4	22	2	
		Outro Vínculo			Jornada Trabalho Semanal			Tempo de formação profissional (em anos)			
		Sim	Não	Não referiu	36 a 40	acima de 44	não referiu	01 a 03	4 a 9	10 a 16	maior 17
		Gestoras	4	4		4	4			3	2
	Enfermeiras	23	5	1	13	11	4	16	10	2	1
		ESPECIALIZAÇÃO									
		NÃO	Emergência	Terapia intensiva	Saúde família	Docência em. ensino superior.	Auditoria	Controle infec. hosp.	Administração	Clinica cirúrgica	Outros
Gestoras		*	1	2	*	1	1	1	3	1	*
Enfermeiras	3	4	7	1		3		1	2	4	
Enfermeiras	cursando	-----								2	5

### APÊNDICE G

QUADRO 6 EFETIVO DE ENFERMEIRAS POR UNIDADE E PELA MODALIDADE DO VÍNCULO EMPREGATIVO EM UM HOSPITAL PRIVADO DA CIDADE DE SALVADOR – BA, 2007. □

FUNÇÃO :	GERENCIAL	COORDENAÇÃO	SUPERVISÃO	SCIH	ASSISTENCIAL ADMINISTRATIVO PRECEPTORIA					TOTAL GERAL	EFETIVO NA GERÊNCIA ENFERMAGEM
					UCI	UE	UI	CC	AUDITORIA		
CLT		05 UE - 01 UCI - 01 UI - 01 CC - 01 * AUDITORIA - 01								05	04
COOPERATIVA			01 CME	01	12	11	12	02	* 04	43	38
PESSOA JURÍDICA	01									01	01
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>08</b>			<b>41</b>					<b>49</b>	<b>43</b>
<b>EFETIVO:</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 08 enfermeiras na função de gestora: 01 gerente de enfermagem, 05 coordenadoras, 01 supervisora e 01 enfermeira de SECIH.</li> <li>▪ 41 enfermeiras na operacionalização dos processos de enfermagem, sendo 37 na função de assistência e 04 na auditoria de contas médicas.</li> </ul>											

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

- Enfermeiras alocadas na gerência financeira e na gerência médica.

### APÊNDICE H

QUADRO 7 Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer-Sofrimento no Trabalho: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES REFERENTES À LIBERDADE DE EXPRESSÃO

Número de enfermeiras que avaliaram, em uma escala de 07 pontos, a ocorrência de vivências positivas e negativas relacionadas à dinâmica prazer-sofrimento em seu trabalho, nos últimos seis meses.	4	5	6	TOTAL de respondentes com percepção mais positiva	3	0	1	2	TOTAL de respondentes com percepção mais negativa	TOTAL de respondentes
	quatro vezes	cinco vezes	igual a seis ou mais vezes		três vezes	nenhuma	uma vez	duas vezes		
1. Liberdade com a chefia para negociar o que preciso	3	3	18	24	2		1	2	5	29
2. Liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas	1	4	18	23	3			3	6	29
3. Solidariedade com os colegas	4	5	15	24	3			2	5	29
4. Confiança entre os colegas	6	3	11	20	4	1	2	2	9	29
5. Liberdade para expressar minhas opiniões no local do trabalho	3	4	15	22	3		1	3	7	29
6. Liberdade para usar a minha criatividade	3	2	17	22	4	1		2	7	29
7. Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	1	4	17	22	3	2		2	7	29
8. Cooperação entre colegas	3	3	13	19	7		1	2	10	29
<b>Média de respondentes</b>	<b>22,0</b>				<b>3,6</b>	<b>3,4</b>				
	Avaliação mais positiva: <b>Satisfatório</b>				Avaliação moderada <b>Crítico</b>	Avaliação para raramente: <b>Grave</b>				

#### Classificação para Vivências de PRAZER

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

## APÊNDICE I

**QUADRO 8** Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer-Sofrimento no Trabalho: DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES REFERENTES À REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Número de enfermeiras que avaliaram os itens abaixo relacionados como vivências positivas e negativas nos últimos seis meses de trabalho, considerando uma escala de 07 pontos.	4	5	6	TOTAL de respondentes com percepção mais positiva	3	0	1	2	TOTAL de respondentes com percepção mais negativa	TOTAL de respondentes
	quatro vezes	cinco vezes	igual a seis ou mais vezes		três vezes	nenhuma	uma vez	duas vezes		
1. Satisfação	6	6	11	23	2	1	1	2	6	29
2. Motivação	4	10	8	22	4	1	1	1	7	29
3. Orgulho pelo que faço	3	7	18	28	1				1	29
4. Bem-estar	3	5	9	17	6	1		5	12	29
5. Realização profissional	4	6	13	23	4			2	6	29
6. * Valorização	5	6	7	18	4	1	1	4	10	28
7. Reconhecimento	10	4	7	21	1	1	2	4	8	29
8. Identificação com as minhas tarefas	1	7	16	24	3			2	5	29
9. Gratificação pessoal com as minhas atividades	3	8	11	22	4	1		2	7	29
	<b>22,0</b>				<b>3,2</b>		<b>3,7</b>			
	Avaliação mais positiva: <b>Satisfatório</b>				Avaliação moderada: <b>Crítico</b>		Avaliação para raramente: <b>Grave</b>			

\* Item não respondido por uma enfermeira

### Classificação para Vivências de PRAZER

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

## APÊNDICE J

**QUADRO 9** Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer-Sofrimento no Trabalho: **DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES REFERENTES À FALTA DE RECONHECIMENTO**

Número de enfermeiras que avaliaram os itens abaixo relacionados como vivências positivas e negativas nos últimos seis meses de trabalho, considerando uma escala de 07 pontos.	0	1	2	TOTAL de respondentes com percepção mais positiva	3	4	5	6	TOTAL de respondentes com percepção mais negativa	TOTAL RESPONDENTES
	nenhuma	uma vez	duas vezes		três vezes	quatro vezes	cinco vezes	igual a seis ou mais vezes		
1. Falta de reconhecimento do meu esforço	9	1	9	19	4	2	2	2	10	29
2. Falta de reconhecimento do meu desempenho	7	5	8	20	2	4	3		9	29
3. Desvalorização	9	9	4	22	4		3		7	29
4. Indignação *	11	5	8	24		1	1	3	5	29
5. Inutilidade *	18	4	4	26	1	1			2	28
6. Desqualificação *	20	1	4	25	1	1	1		3	28
7. Injustiça *	13	4	4	21	2	2	2	1	7	28
8. Discriminação *	18	3	3	24	3	1			4	28
média de respondentes	<b>23</b>				<b>2,1</b>	<b>3,8</b>				
	Avaliação menos negativa: <b>Satisfatório</b>				Avaliação moderada <b>Crítico</b>	Avaliação mais negativa: <b>Grave</b>				

\* Item não respondido por uma enfermeira

### Classificação para Vivências de Sofrimento

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a "Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira", UFBA- 2008.

## APÊNDICE L

**QUADRO 10** Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer-Sofrimento no Trabalho: **DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES REFERENTES AO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL**

Número de enfermeiras que avaliaram os itens abaixo relacionados como vivências positivas e negativas nos últimos seis meses de trabalho, considerando uma escala de 07 pontos.	0	1	2	TOTAL de respondentes com percepção mais positiva	3	4	5	6	TOTAL de respondentes com percepção mais negativa	TOTAL geral de respondentes
	nenhuma	uma vez	duas vezes		três vezes	quatro vezes	cinco vezes	igual a seis ou mais vezes		
1. Esgotamento emocional	1	2	2	5	5	6	5	8	24	29
2. Estresse		2	4	6	3	3	6	11	23	29
3. Sobrecarga	2	2	2	6	5	4	6	8	23	29
4. Insatisfação	6	4	3	13	4	6	2	4	16	29
5. Frustração	10	4	2	16	8	1	3	1	13	29
6. Insegurança	6	10	4	20	5		1	3	9	29
7. Medo	11	6	4	21	4	2		2	8	29
média de respondentes	<b>12,4</b>				<b>4,9</b>	<b>11,7</b>				
	Avaliação menos negativa: <b>Satisfatório</b>				Avaliação moderada: <b>Crítico</b>	Avaliação mais negativa: <b>Grave</b>				

### Classificação para Vivências de Sofrimento

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

## APÊNDICE M

**QUADRO 11** Tabulação dos dados obtidos no inventário da Escala de Indicador Prazer-Sofrimento no Trabalho: AGRUPAMENTO DE TODOS OS ITENS QUE FORAM AVALIADOS PELAS ENFERMEIRAS COMO MAIS NEGATIVOS

Número de enfermeiras que avaliaram os itens abaixo relacionados como vivências positivas e negativas nos últimos seis meses de trabalho, considerando uma escala de 07 pontos.	4 vezes	5 vezes	6 vezes	Total de respondentes com percepção positiva	3 vezes	0 vezes	1 vezes	2 vezes	Total de respondentes com percepção negativa
1. Cooperação entre colegas	3	3	13	19	7		1	2	10
2. Confiança entre os colegas	6	3	11	20	4	1	2	2	9
3. Falta de reconhecimento do meu esforço	9	1	9	19	4	2	2	2	10
4. Falta de reconhecimento do meu desempenho	7	5	8	20	2	4	3		9
5. * Valorização	5	6	7	18	4	1	1	4	10
6. Reconhecimento	10	4	7	21	1	1	2	4	8
7. Medo	11	6	4	21	4	2		2	8
8. Insegurança	6	10	4	20	5		1	3	9
9. Frustração	10	4	2	16	8	1	3	1	13
* uma enfermeira não respondeu	19				10				
	Avaliação mais positiva e favorável às vivências de <b>PRAZER</b> no trabalho								
10. Insatisfação	6	4	3	13	4	6	2	4	16
11. Esgotamento emocional	1	2	2	5	5	6	5	8	24
12. Estresse		2	4	6	3	3	6	11	23
13. Sobrecarga	2	2	2	6	5	4	6	8	23
	8				4	17			
					Avaliação Crítica	Avaliação Grave			
					Classificação mais negativa e favorável às Vivências de <b>SOFRIMENTO</b> no trabalho				

Fonte: Dissertação de mestrado sobre a “Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira”, UFBA – 2008.

**ANEXO 1**

## Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Salvador, 15 de agosto de 2007.

CE CEP / HSR Nº 16/07

Sra. Cristiane Magali dos Santos  
Pesquisadora Responsável  
Projeto de pesquisa nº 23/07

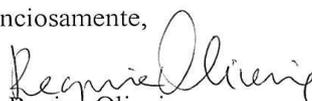
Prezada pesquisadora

Cumpre-nos cientificá-la que o **Projeto de pesquisa nº 23/07**, intitulado “O Sofrimento na Organização do Trabalho da Enfermeira: Uma Abordagem Psicodinâmica”, que tem V.S<sup>a</sup> como investigadora principal, foi apreciado em reunião de 25/07/2007, sendo considerado aprovado.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado o primeiro relatório periódico até o dia 30/01/2008 e os demais relatórios deverão ser encaminhados ao CEP a cada seis meses. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final.

Estamos à disposição para esclarecimentos, que se fizerem necessários, através do telefone 3281-6484 ou pelos e-mails [cep@hsr.com.br](mailto:cep@hsr.com.br) ou [edna.lima@hsr.com.br](mailto:edna.lima@hsr.com.br)

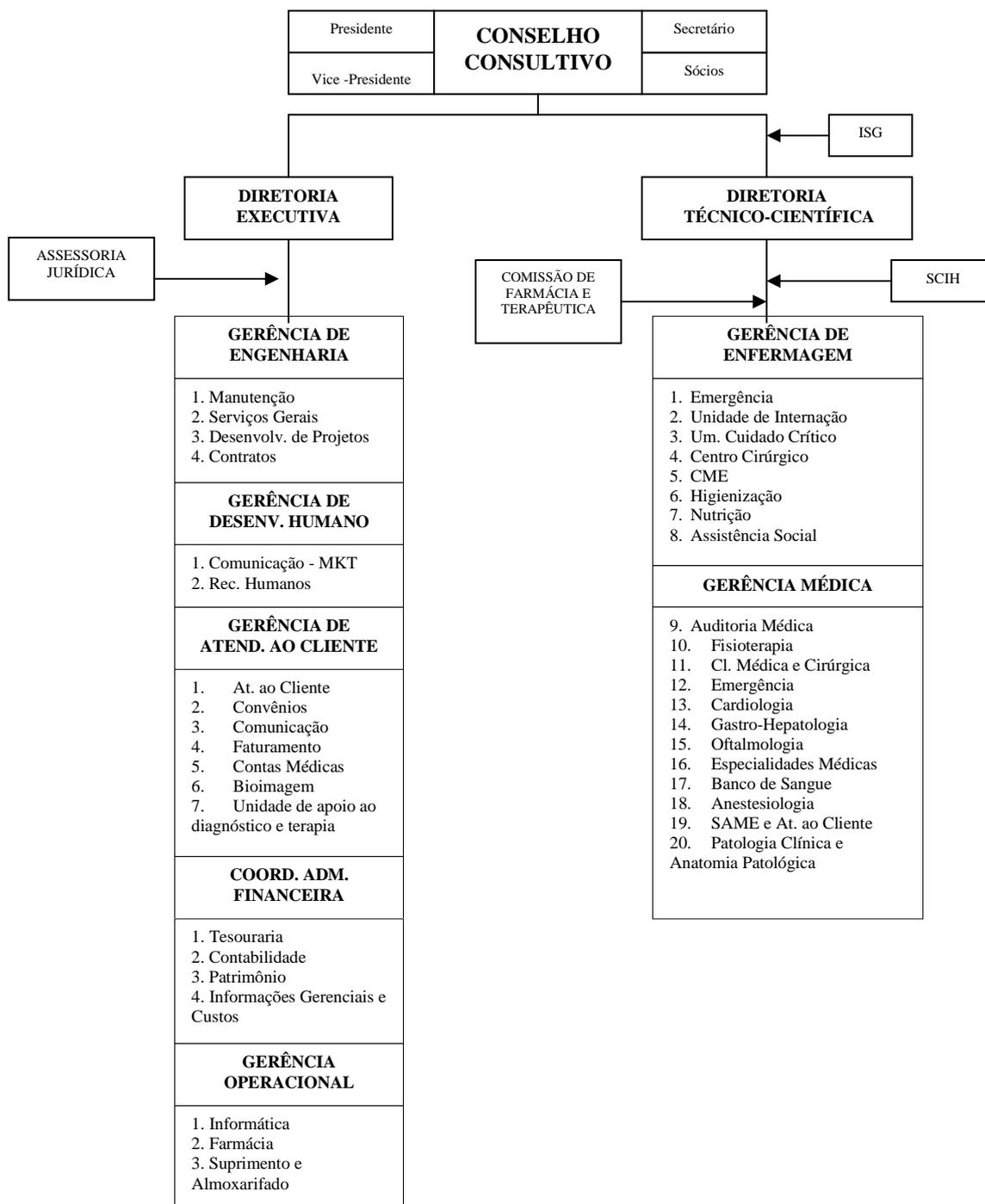
Atenciosamente,

  
Dra. Regina Oliveira  
Coordenadora do CEP / HSR

**Dra. Regina Oliveira:**  
Coordenadora do CEP  
Monte Tabor/ HSR

## ANEXO 2

## ORGANOGRAMA DO HOSPITAL ESTUDADO, SSA – BA, 2008



FONTE: Dados documentais do hospital estudado, SSA - BA, 2008.

