Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Manoel Luís Cardoso Vieira

Análise da psicodinâmica do trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde

Rio de Janeiro
2019

Manoel Luís Cardoso Vieira

Análise da psicodinâmica do trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

V658 Vieira, Manoel Luís Cardoso.
Análise da psicodinâmica do trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde / Manoel Luís Cardoso Vieira. - 2019.
121 f.

Orientadora: Jane Márcia Progianti
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem do trabalho. 2. Enfermeiras obstétricas - Organização e administração. 3. Hospitais públicos. 4. Maternidades. 5. Condições de trabalho. 6. Saúde do trabalhador. 7. Neoliberalismo. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Manoel Luís Cardoso Vieira

Análise da Psicodinâmica do Trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de outubro de 2019.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo aos meus pais, Carmelita e Claro, pois vocês sempre me incentivaram e apoiaram desde os meus primeiros desafios na vida, me ensinando que as maiores riquezas que levamos conosco são o caráter e o conhecimento.

Dedico também a minha esposa, Carolina, que esteve sempre ao meu lado em todos os momentos, compartilhando as alegrias e as tristezas. Agradeço por ser esse anjo colocado em minha vida, que sempre pensou em meu bem, me incentivou, me encorajou e nunca me deixou desistir nos momentos mais difíceis! E, ainda, dedico à minha filha Manuela que está a caminho, que participou dos momentos finais da confecção desta Tese. Meu maior presente nesta vida.

Aos meus sogros, Creuza e Silvério, por sempre me incentivarem e aconselharem nos estudos diários, e pelo carinho diário e pela paciência dispensada nos momentos de tensão devido à tese.

Aos meus tios, Genita e Adonias, que me oportunizaram estar em meio a sua família e iniciar meus estudos na Academia, ajudando-me em meus primeiros passos para a conquista de hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre ter me protegido e me abençoado com a família que tenho, além de sempre me guiar para o bom caminho.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a crescer como filho, pessoa e ser humano, e que depositaram em mim todo o amor. Obrigado por sempre acreditarem em mim e por serem os exemplos que são.

À minha esposa, Carolina, pela dedicação, pelo carinho e pelo amor dispensados; por ser essa companheira ímpar, que sempre me deu forças para crescer e para poder me tornar um ser humano melhor. Unidos somos mais fortes e conquistaremos qualquer coisa.

Aos meus irmãos, Geisa Aparecida e Claro Antônio, aos meus sobrinhos, Yasmin, Clara e Lucas, e aos meus cunhados, Marcia Simone e José Luiz, por sempre me incentivarem e acreditarem em meu potencial.

À minha orientadora Prof.ª Dr.ª Jane Márcia Progianti, que eu admiro e que considero um dos maiores exemplos de enfermeira. Obrigado pela amizade, pela compreensão, pelo incentivo e por acreditar em meu potencial. Foram quatro anos de muita aprendizagem e crescimento pessoal e profissional!

Agradecimento especial ao meu ex-orientador do Mestrado, Dr. Elias Barbosa de Oliveira, grande incentivador, pela ajuda em meus primeiros passos no universo da pesquisa. O senhor ficará para sempre em meu coração.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Enfermaria Clínica 13/14 (HUPE/Uerj), da Central de Material e Esterilização (CME), do Hospital Municipal Miguel Couto e do Centro Universitário Celso Lisboa, meu agradecimento pela parceria. E aos meus novos amigos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, do Instituto de Doenças do Tórax/IDT (HUCFF/UFRJ), o meu mais sincero muito obrigado pelo acolhimento, confiança e apoio.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), a todos os professores, aos funcionários da Graduação e da Pós-Graduação *Lato* e *Stricto Sensu*, pelo estímulo, atenção e vivências compartilhadas.

Às enfermeiras obstétricas que deram seus depoimentos, que conseguiram dispensar um minuto de seus tempos para concretização desta tese. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

À equipe da Biblioteca Biomédica (CB/B) Uerj, pela paciência, atenção e revisão de minha pesquisa.

Por fim, gostaria de agradecer a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram com a realização deste estudo e que torceram por mim, nesta etapa tão importante da minha vida.

Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.

Paulo Freire

RESUMO

VIEIRA, Manoel Luís Cardoso. **Análise da psicodinâmica do trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde**. 2019. 121f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O objeto deste estudo é o trabalho das enfermeiras obstétricas no município do Rio de Janeiro, no atual contexto neoliberal. Apresentam-se, portanto, como objetivos: 1) identificar as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras obstétricas para a realização de um cuidado especializado; 2) descrever as condições de trabalho apresentadas pelas enfermeiras obstétricas no cenário hospitalar, nas maternidades públicas; 3) analisar os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas frente à organização do trabalho nessa área; 4) discutir o processo de trabalho e as relações interpessoais das enfermeiras obstétricas frente o modelo neoliberal. A temática é discutida na perspectiva do neoliberalismo e seus impactos para o setor saúde, para a enfermagem e para a enfermagem obstétrica. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. Foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturada com vinte enfermeiras obstétricas que trabalhavam em maternidades da rede pública da cidade do Rio de Janeiro, sendo os dados analisados à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, de C. Dejours. O método de análise seguiu as etapas da análise temática de conteúdo; após sua aplicação, elaboraram-se quatro categorias, a saber: 1) as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado. Nessa categoria, evidencia-se a forma como ocorrem i. a divisão do serviço obstétrico nas maternidades públicas, ii. a dinâmica da convivência entre enfermeiras generalistas e especialistas no desenvolvimento das atividades laborais, e iii. as cobranças por produtividade e competitividade como consequência da terceirização; 2) as condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar. Nessa categoria, discutem-se i. a incipiência de recursos materiais importantes na execução do cuidado obstétrico especializado, ii. a obsoleta estrutura física institucional e iii. o diminuto quadro de funcionários; 3) os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas. Nessa categoria, o labor é visto como fonte de prazer e de sofrimento. Além disso, destaca-se a presença do presenteísmo, relacionada à morosidade dos processos a qual gera entraves burocráticos para a autorização da licença médica; 4) as relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa, em que se discutem i. a maneira como os diversos membros da equipe multiprofissional se socializam e ii. a interferência do processo relacional entre os pares para o trabalho das especialistas. Conclui-se que a reestruturação produtiva do trabalho das enfermeiras obstétricas ocorridas na gestão pública do SUS, com base no projeto neoliberal, interfere na produção do cuidado especializado ao precarizar o trabalho desta profissional transformando-o em fonte de sofrimento e podendo gerar o presenteísmo e a alienação das mesmas.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Saúde da Mulher. Trabalho. Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

VIEIRA, Manoel Luís Cardoso. **Analysis of the work psychodynamics of obstetric nurses in Rio de Janeiro city against the neoliberal logic in health**. 2019. 121f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The object of this study is the work of obstetric nurses in the city of Rio de Janeiro, in the current neoliberal context. Therefore, the objectives are: 1) to identify the complexities of the work organization of obstetric nurses to perform specialized care; 2) describe the working conditions presented by obstetric nurses in the hospital setting, in public maternity hospitals; 3) analyze the meanings of work for obstetric nurses regarding the organization of work in this area; 4) discuss the work process and interpersonal relationships of obstetric nurses in the face of the neoliberal model. The theme is discussed from the perspective of neoliberalism and its impacts on the health sector, nursing and obstetric nursing. This is a qualitative, descriptive-exploratory study. Semi-structured interviews were conducted with twenty obstetric nurses working in public maternity hospitals in the city of Rio de Janeiro, and the data were analyzed in the light of the theoretical framework of c. Dejours' psychodynamics of work. The analysis method followed the steps of thematic content analysis; after its application, four categories were elaborated, namely: 1) the complexities of nurses' work organization in the production of specialized care. In this category, it shows the way in which i occur. the division of obstetric service in public maternity hospitals, ii. the dynamics of coexistence between generalist nurses and specialists in the development of work activities, and iii. charges for productivity and competitiveness as a result of outsourcing; 2) the working conditions of obstetric nurses in the hospital environment. In this category, we discuss i. the lack of material resources important in the execution of specialized obstetric care, ii. the obsolete institutional physical structure and iii. the small staff; 3) the senses of work for obstetric nurses. In this category, labor is seen as a source of pleasure and suffering. In addition, we highlight the presence of presenteeism, which is related to the length of the proceedings, which generates bureaucratic obstacles to the authorization of sick leave; 4) the interpersonal relationships in the work process of obstetric nurses and the collective defense strategies in which they are discussed i. the way the various members of the multiprofessional team socialize and ii. the interference of the relational process between peers to the work of the experts. It is concluded that the productive restructuring of the work of obstetric nurses in the public management of SUS, based on the neoliberal project, interferes in the production of specialized care by precarious work of this professional transforming it into a source of suffering and may generate the presentism and the alienation of them.

Keywords: Obstetric Nursing. Women's Health. Job. Worker's Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de busca sistemática nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2019.. 23

Figura 2 - Esquema sinóptico da Psicodinâmica do Trabalho, por Dejours. Rio de Janeiro, 2019..... 32

Figura 3 - Esquema sinóptico teórico de Dejours baseado em Bueno e Macêdo (2012). Rio de Janeiro, 2019..... 50

Figura 4 - Esquema sinóptico das complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado. Rio de Janeiro, 2019 67

Figura 5 - Esquema sinóptico das condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro, 2019..... 73

Figura 6 - Esquema sinóptico dos sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro, 2019..... 83

Figura 7 - Esquema sinóptico das relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa. Rio de Janeiro, 2019 90

Figura 8 - Esquema sinóptico dos resultados encontrados nas categorias discutidas. Rio de Janeiro, 2019..... 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP 3.3	Área Programática 3.3
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNESNET	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CPDCF	Casa de Parto David Capistrano Filho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
ENF/Uerj	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Medline	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MS	Ministério da Saúde
RJ	Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organizações Sociais
PIB	Produto Interno Bruto
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PMC	PubMed Central®
SciELO	*Scientific Eletronic Library Online*
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UR	Unidades de Registro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Uerj	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	**REFERENCIAL TEÓRICO**	26
2	**REFERENCIAL TEMÁTICO**	33
2.1	**Aspectos históricos do neoliberalismo**	33
2.2	**Impactos do neoliberalismo no setor saúde**	35
2.3	**Participação da mulher no mercado de trabalho**	38
2.4	**Neoliberalismo e seus impactos na enfermagem**	42
3	**METODOLOGIA**	46
3.1	**Tipo de estudo**	46
3.2	**Participantes do estudo**	47
3.3	**Técnica de coleta de dados**	49
3.4	**Aspectos éticos do estudo**	51
3.5	**Técnica de análise de dados**	52
4	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	54
4.1	**1º Categoria: As complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado**	59
4.2	**2º Categoria: As condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar**	68
4.3	**3º Categoria: Os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas**	73
4.3.1	Subcategoria 1: O trabalho da enfermeira obstétrica como fonte de prazer e sofrimento	74
4.3.2	Subcategoria 2: O presenteísmo no trabalho das enfermeiras obstétricas	77
4.4	**4º Categoria: As relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa**	84
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	114
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	116
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
	ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	119

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto deste estudo é o trabalho das enfermeiras obstétricas no município do Rio de Janeiro no contexto neoliberal. O interesse por esse objeto teve início ao final do curso de pós-graduação *stricto sensu* - Mestrado, cursado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), após a realização de algumas disciplinas e sucessivas reflexões acerca do processo de trabalho vivenciado pela enfermeira obstétrica e, ainda, após as repercussões do atual modelo de reestruturação produtiva para o mundo do trabalho em saúde.

O trabalho é o eixo no qual a vida é organizada, visto que o homem e a mulher, através de sua inserção no trabalho, se reproduzem socialmente (GOMES et al., 2016). Historicamente, o trabalho significa a convivência coletiva entre as pessoas e vem assumindo diferentes características que condicionam as relações sociais ao longo do tempo (AGUIAR NETO, 2008).

O trabalho tem um papel importante e definidor na vida dos indivíduos, já que pode oferecer a possibilidade de adquirir formação técnica, política, cultural, dentre outras, além de se constituir em uma possível fonte de realização, crescimento, satisfação e promoção de habilidades. Assim, o trabalho sofre influência direta das situações e/ou dos momentos vivenciados no cotidiano do trabalhador (FRANÇA; FERRARI, 2012; MARTINS, ROBAZZI, BOBROFF, 2010). Nesse contexto, o trabalho reveste-se de simbolismo para a sociedade, uma vez que possui um *status* social (TAMOYO; TRÓCOLLI, 2002).

Nessa perspectiva, o trabalho pode ser entendido como um meio de produção de bens e serviços, de acumulação de capital e de uma rede de relações, favorecendo transformações nas diferentes esferas da sociedade, como política, cultural, social, religiosa e jurídica. Há, ainda, modificações na esfera psíquica e na subjetividade do trabalhador (DEJOURS, 2015).

No entanto, o trabalho não representa somente satisfação pessoal e valorização do indivíduo; ele também se destaca como forma de satisfação das necessidades básicas (PASCHOALIN, 2012), podendo gerar, em alguns momentos, sofrimento para o trabalhador, já que representa uma condição que o estimula à mobilização diante dos contrassensos vivenciados no contexto laboral, podendo levar, inclusive, à doença psíquica (ANCHIETA et al., 2011).

O sofrimento pode ser avaliado pelo esgotamento, a partir de sentimentos como insatisfação, frustração, insegurança ou medo, associados à sobrecarga vivenciada nas atividades laborais. Essa circunstância pode gerar desgaste e tensão, propiciando o estresse

ocupacional, quando há uma desarmonia, fruto da relação entre as demandas do trabalho e a habilidade efetiva do trabalhador para o enfrentamento das situações estressoras (ANCHIETA et al., 2011; VIEIRA; GUIMARÃES; MARTINS, 1999;).

Atualmente, o trabalho em saúde atende à lógica do mercado capitalista, na perspectiva de atuação mínima do Estado, influenciando o processo e a organização do trabalho, já que se observa uma precarização das condições do mesmo. Essa lógica capitalista no setor saúde e na enfermagem tem afetado a saúde dos trabalhadores, resultando em sofrimento psicofísico e doenças psicossomáticas, entre outras, e ainda tem gerado impactos importantes nas relações e nos vínculos laborais (GOMES et al., 2016).

Nesse contexto, destaca-se que a ideologia neoliberal contemporânea é um liberalismo econômico que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade da iniciativa privada. Nesse sentido, o neoliberalismo pode ser compreendido como uma doutrina socioeconômica cujos valores morais transformam a vida em sociedade e as relações de trabalho de forma radical. O individualismo é incentivado em detrimento do coletivo, que está desvalorizado. Desta forma, o indivíduo deve responsabilizar-se pelo seu bem-estar social e o Estado assume o papel de Estado mínimo, abrindo mão de seu poder na esfera pública (BREDA, 2012). Essas modificações são consequências da reestruturação produtiva, que prevê a desconstrução da concepção de Estado de bem-estar social (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

As bases do neoliberalismo se alicerçam em um Estado fraco, que deixa as suas economias se transformarem em campo gerador de renda para os altos executivos. O Estado neoliberal é desregulador e os interesses privados se sobrepõem aos interesses públicos. Essa ideologia foi adotada e promovida pela Grã-Bretanha, com a eleição de Margaret Thatcher, em 1979; pelos Estados Unidos da América (EUA), no governo de Ronald Reagan, nos anos de 1980 (MORAES, 2013; PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Na América Latina, os anos de 1980 ficaram conhecidos como “a década perdida no âmbito da economia” porque houve, de um lado, pouco crescimento das taxas do Produto Interno Bruto (PIB) e, de outro, aceleração da inflação, passando por baixa produção industrial, perda do poder de compra dos salários e queda do nível de emprego, dentre outros (SANTOS, 2011).

No Brasil, essa década foi marcada pelo fim da ditadura (1964-85), posse do primeiro presidente civil, José Sarney, e por uma profunda crise econômica, na qual a desaceleração da economia representou a pior queda do crescimento dos cinquenta anos anteriores (ABREU; CÂMARA, 2015). Segundo Antunes (2005), essa ideologia continuou a ser sustentada nos

governos seguintes de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1994), e consolidou-se na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002).

No entanto, com a redemocratização iniciada a partir de 1984, os movimentos sociais entraram em uma fase de grande efervescência pela conquista dos direitos humanos. Nesse sentido, o movimento feminista brasileiro ganha força e inclui em sua agenda uma gama muito ampla de temas que vinham sendo debatidos em conferências internacionais de mulheres, tais como violência, sexualidade, direito ao trabalho, direitos sexuais e reprodutivos, autoritarismo médico na atenção ao parto e ao nascimento e alta taxa de mortalidade materna (PAVANATTO; ALVES, 2014; PINTO, 2010).

Essas circunstâncias levaram, em 1984, o governo brasileiro a elaborar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), resultado da pressão de três forças que atuavam em nossa sociedade: as internacionais, para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as internas, dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as dos movimentos de mulheres, no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (RATINER, 2014).

Quase simultaneamente, a reforma sanitária, que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, fundou na noção de crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população e crise do sistema de prestação de serviços de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; TEIXEIRA, 2009).

Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal do Brasil, transformando a saúde em direito individual e dando início à criação de um sistema de saúde público, universal e descentralizado, o Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nos anos de 1990, do ponto de vista internacional, a ordem é o neoliberalismo com os Estados perdendo autonomia via financeirização e enxugamento da sua capacidade de operar a macropolítica. Cumprem-se as diretrizes do Consenso de Washington, coordenado pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (SANTOS, 2011).

Nesse contexto, o Estado brasileiro, com o Plano Collor, se inseriu no mundo neoliberal globalizado, abrindo sua economia, comercial e financeiramente, o que provocou a desnacionalização das empresas. Desse modo, o Brasil passa a exportar bens intensivos em mão de obra e recursos naturais, e a importar bens intensivos em tecnologia e capital. Essa ideologia tem reflexos nas políticas sociais e no mundo do trabalho (FAGNANI, 1997).

Com a eleição de FHC (1994-1998), os eixos gerais da nova política foram a descentralização e a privatização, configurando-se um quadro de transferência de

responsabilidades para os municípios e para o terceiro setor (associações e entidades sem fins lucrativos). Em seu primeiro ano de mandato, foi aprovada a Lei nº 8.949/1994, que possibilitava aos trabalhadores se organizarem entre si para formação de cooperativas de trabalho e prestação de serviços a uma empresa, sem que se caracterizasse o vínculo trabalhista. Essa lei foi uma estratégia do Governo Federal para reduzir gastos e flexibilizar as relações de trabalho com pessoal (CAVALCANTE, 2014), precursoras das Organizações Sociais (OS).

Ainda em 1994, na saúde da mulher, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-RJ) foi a primeira a criar, nas instalações de um hospital, a Maternidade Leila Diniz, que promovia as práticas humanizadas no parto e no nascimento (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

No ano seguinte, o governo de FHC, através do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, lançou bases para novas relações entre o Estado e a Sociedade, com novos mecanismos de privatização dos serviços sociais públicos. Para isso, criou-se a figura jurídica das OS, focalizando as ações do Estado no atendimento das demandas sociais básicas e na construção da chamada "sociedade civil ativa", o que fez surgir um novo modelo de gestão nas unidades de saúde (SIMÕES; PAIM; ZUCCHI, 2013).

A partir de 1996, houve a municipalização de mais três maternidades na cidade do Rio de Janeiro, com a transformação das mesmas em locais de assistência ao parto e ao nascimento dentro da perspectiva da humanização e da integridade da mulher (PROGIANTI; MOUTA, 2009).[1]

Em 1998, no que se refere ao campo obstétrico na esfera federal, houve inúmeras iniciativas de cunho político e/ou legal, desenvolvidas com o intuito de estimular a prática do parto normal e de reduzir o quantitativo de cesarianas no Brasil. Para que isso ocorresse, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a portaria nº 2.815/1998, que incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distocia, realizado por enfermeira obstétrica (BRASIL, 1998a).

Além disso, implementou-se a portaria nº 2.816/1998, com o fito de coibir o abuso das cesarianas no SUS; para isso, estipularam-se metas para a diminuição de cesarianas em hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000. Publicou-se também a portaria nº 163, que conferiu à enfermeira a

[1] Maternidades municipalizadas: Maternidade Leila Diniz, antes chamada de Maternidade Curicica (1996); Maternidade Alexandre Fleming (1998); e Maternidade Oswaldo Nazareth, antes chamada de Maternidade Praça XV (1999) (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

possibilidade da emissão de laudo de internação e que incluiu essa profissional na tabela de pagamento do SUS (BRASIL 1998a; BRASIL, 1998b; BRASIL, 1998c).

Na época, essas portarias favoreceram a inserção das enfermeiras obstétricas e legitimaram a atuação dessas profissionais no parto normal. Dessa forma, percebe-se que a reestruturação produtiva na enfermagem obstétrica ocorreu com as transformações de sua prática advindas do modo de produzir e gerir o cuidado, práticas essas decorrentes do modelo desmedicalizado/humanizado de atenção às mulheres e principalmente do cuidado ao parto e ao nascimento (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Esse arcabouço legal, construído pelo MS em 1998, contribuiu para que a SMS-RJ expandisse a implantação da política de humanização do parto e do nascimento em sua Área Programática 3.3 (AP 3.3). Desse modo, as Maternidades Alexander Fleming e Herculano Pinheiro tornaram-se cenários em que as enfermeiras obstétricas se inseriram nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto (PROGIANTI; PROFIRIO, 2012).

Ao mesmo tempo, no campo trabalhista, foi promulgada a Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, também chamada de Lei das Organizações Sociais, dando início ao processo de "flexibilização" do SUS, ao permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado (BRASIL, 1998d). As OS são gerenciadas por entidades públicas não estatais, submetidas a contratos de gestão. São entidades sem fins lucrativos, administradas por um conselho com representação ampla da comunidade e capazes de assumir a gestão de atividades consideradas como não típicas do Estado, sobretudo instituições hospitalares (BARBOSA; ELIAS, 2010; SIMÕES; PAIM; ZUCCHI, 2013).

É através dessa nova conformação que o Estado se mantém como provedor de serviços de saúde, podendo ainda produzir ou, então, contrair serviços médico-hospitalares de terceiros. Pode também, através de contrato de gestão, permitir que terceiros gerenciem suas instituições hospitalares bem como outros serviços de sua competência (SIMÕES; PAIM; ZUCCHI, 2013).

Dessa forma, os profissionais de saúde têm sido expostos à instabilidade e à precarização do trabalho, com processos sucessivos de privatização das empresas públicas ou de contratos de gestão, levando à instabilidade empregatícia. Nesse cenário, a ocorrência da desvalorização do trabalho apresenta-se através i. das condições precárias de trabalho, ii. do quantitativo reduzido de trabalhadores, iii. da má qualidade de materiais de consumo e iv. do achatamento dos salários (LANCMAN et al., 2007).

As transformações no mundo do trabalho na saúde brasileira levaram muitos trabalhadores a perderam os vínculos institucionais e consequentemente seus direitos, ficando

à mercê do Capital. Nesse contexto, o MS criou e regulamentou o funcionamento dos Centros de Parto Normal e das Casas de Parto no SUS, através da portaria nº 985/1999. Por um lado, essa regulamentação foi decorrente de um contexto ideológico e cultural que objetivava alterar o modelo assistencial obstétrico hegemônico no Brasil, de caráter primordialmente médico, através da participação ativa de representantes da sociedade civil e dos movimentos feministas, além da aderência da gestão pública; por outro lado, não deixava de atender aos interesses econômicos do governo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; PROGIANTI; PORFÍRIO; PEREIRA, 2013).

Nessa mesma perspectiva, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), para complementar e estabelecer ações para a assistência à saúde materna e para a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurando o acesso à assistência e a melhora da cobertura e da qualidade do acompanhamento no período pré-natal, e da assistência ao parto e ao puerpério. Paralelamente, o MS tem financiado cursos de especialização em enfermagem obstétrica e realizado diversos investimentos nas unidades hospitalares que compõem sua rede (BRASIL, 2002).

Em 2002, o Brasil necessitava de uma mudança no rumo político, em decorrência do desgaste sofrido pelo Plano Real devido ao acirramento das dificuldades sociais derivadas das políticas neoliberais. Nesse período, o país encontrava-se com queda da renda, estagnação produtiva, desemprego crônico e pobreza, panorama em que Luís Inácio Lula da Silva se tornou o primeiro brasileiro operário a alcançar a presidência da república, sendo reeleito em 2006 (SILVA, 2011).

Em 2004, através da parceria com inúmeros setores da sociedade civil – como o movimento negro e o das mulheres, sociedades científicas, pesquisadores e gestores, dentre outras instituições nacionais e internacionais –, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, documento cujos princípios norteadores incluem a integralidade e a promoção da saúde, a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, a melhora da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção no abortamento seguro e a luta contra a violência domiciliar e sexual contra a mulher (BRASIL, 2004a).

Paralelamente, foi lançado pelo MS o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o objetivo de promover melhorias na atenção obstétrica e neonatal. Nesse Pacto, focalizavam-se i. o respeito aos direitos humanos das mulheres e das crianças; ii. a incorporação de gênero, raça e etnia em estratégias e ações; iii. o reconhecimento da

existência das desigualdades sociais e regionais; iv. os investimentos nas áreas de atenção citadas; v. a sustentabilidade política; e vi. as ações articuladas entre instâncias do governo e da sociedade (BRASIL, 2004b).

Na cidade do Rio de Janeiro, em 2004, foi inaugurada a Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF), cuja criação foi consequência da luta de gestores e de enfermeiras contra o modelo hegemônico da obstetrícia. Nessa instituição, não há a presença de médicos, o que é considerado por muitos uma vitória do modelo humanizado sobre o modelo medicalizado (PEREIRA; MOURA, 2009).

Em 2005, o MS, através da Portaria MS/GM nº 1.067, instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, objetivando i. desenvolver, no âmbito do SUS, ações nos diferentes níveis de atenção; ii. ampliar o acesso ao atendimento de saúde obstétrica e neonatal; e iii. incrementar a qualidade dessa assistência (BRASIL, 2005). Nesse mesmo ano, foi elaborado o Relatório Mundial da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de atingir, até 2015, dentre outras metas, a melhoria na atenção à saúde das mães e das crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No Relatório de Gestão de 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicado em 2007 pelo MS, procurou-se enfocar a importância de fortalecer e ampliar as estratégias de inserção das enfermeiras obstétricas nas salas de parto. Apresentou-se uma avaliação empírica segundo a qual o envolvimento dessas profissionais na atenção ao parto estava em torno de 10% a 15% em todo Brasil; além disso, constatou-se um número razoável de maternidades públicas brasileiras que já incorporaram o modelo de assistência proposto pelo PHPN (BRASIL, 2007).

Em 2010, foi eleita a primeira mulher presidente do Brasil, Dilma Rousseff, sucessora do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A presidente enfrentou no início de seu mandato uma grave crise econômica mundial, iniciada no fim da década anterior. A crise afetou especialmente os países da União Europeia, em especial os do sul da Europa, e os EUA, que tiveram aumento no desemprego e rebaixamento, por agências de classificação de risco, das notas da dívida (PAULA; PIRES, 2017).

Nesse mesmo ano, foi lançado pela SMS-RJ o projeto-piloto do Programa Cegonha Carioca, com ações desenvolvidas em serviços da atenção básica e em maternidades selecionadas de acordo com as regiões administrativas, iniciado oficialmente em 2011. Com o intuito de formar uma rede de cuidados às mulheres e às crianças, houve o envolvimento das três esferas administrativas.

Paralelamente, o Governo Federal lançou, ainda em 2011, a Rede Cegonha,[2] que, a exemplo do Rio de Janeiro, objetivava melhorar a assistência materno-infantil e agir nas causas de mortalidade materna relacionadas aos períodos da gestação, do parto ou do puerpério (LIMA et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014).

O Programa Rede Cegonha é uma estratégia do MS fundamentada no princípio da humanização da assistência; ele prioriza o acesso ao atendimento, ao acolhimento e à melhoria da assistência pré-natal. O Programa também prevê o transporte para o parto e a vinculação da gestante à unidade de referência, além de incentivar, por meio de financiamento, a criação de unidades do Centro de Parto Normal; da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera; e de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo, de Cuidados Intermediários e de Unidade Canguru (BRASIL, 2011).

Esse novo modelo prediz os repasses de verbas da União e da iniciativa privada para as entidades filantrópicas de assistência social em saúde, para financiar reformas, ampliações e aquisições de insumos (BRASIL, 2011).

A flexibilização das relações trabalhistas no setor público foi implantada em diversos serviços, dentre eles, a Rede Cegonha (federal) e o Programa Cegonha Carioca (municipal). Uma característica dessa flexibilização é o atrelamento do pré-natal às maternidades, ao transporte, ao acolhimento e à classificação de risco, sendo estas últimas atividades realizadas por enfermeiras (BRASIL, 2011).

Como resultado dessas inovações na área da gestão e em decorrência da Lei nº 5.026, que regulamenta as ações das OS no gerenciamento das unidades de saúde municipais (RIO DE JANEIRO, 2009), a rede municipal do Rio de Janeiro aumentou, entre 2007 e 2014, em 221% o número de postos de trabalho para as enfermeiras obstétricas nas unidades de atenção ao parto, mas com contratos de trabalho flexível (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Assim, ao utilizar uma lógica capitalista, voltada ao lucro, as OS e as instituições públicas pressionam os trabalhadores a produzir cada vez mais em menor tempo, trazendo mais elementos prejudiciais para a saúde física e mental do profissional. Associado a isso, a enfermeira obstétrica encontra em seu local de trabalho a precarização das condições laborais, os baixos salários e as disputas no campo obstétrico com a equipe médica. Esse panorama

---

[2] Rede Cegonha foi o programa escolhido pelo governo e que sofreu muitas críticas dos direitos humanos, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do movimento feminista, induzindo ao sentimento de desqualificação ao infantilizar e dessexualizar as mulheres, o que levou a um retrocesso no movimento da humanização do parto (DINIZ, 2013). Esse programa também é visto como um retrocesso por não dar atenção ao aborto, que é a quarta causa de morte materna no Brasil, e por minar anos de batalha do movimento feminista, que conseguiu, na década de 1990, que a Organização das Nações Unidas (ONU) saísse da concepção materno-infantil para a dos direitos reprodutivos.

pode levar o sujeito ao sofrimento psíquico. Segundo Dejours (2008), o avanço tecnológico e as novas organizações do trabalho não eliminaram o trabalho penoso; pelo contrário, intensificaram as desigualdades e a injustiça social. Além disso, trouxeram outras formas de sofrimento mais complexas e sutis, tornando o sofrimento, por vezes, inerente ao trabalho.

Percebe-se que o mundo do trabalho tem exigido que o trabalhador produza cada vez mais. Um agravante dessa relação é o aumento da complexidade das tarefas, a redução do quantitativo de trabalhadores e a diminuição no tempo para a execução das tarefas. Todos esses fatores são considerados como responsáveis pelo estresse ocupacional, pelo esgotamento e pela fadiga desses profissionais (SCHMIDT et al., 2009).

A organização do trabalho, se fornece subsídios para o desenvolvimento do indivíduo e do coletivo laboral, possibilita a criatividade e a autonomia, gerando predominantemente prazer. O trabalhador está constantemente buscando o prazer na execução de suas atividades laborais, e o prazer no trabalho gera satisfação para o profissional, tornando-o uma atividade prazerosa e lúdica ou até uma ressignificação do sofrimento.

No entanto, ao impor de forma rígida e inflexível atividades e relações, a organização do trabalho favorece o surgimento do sofrimento, descompensações psíquicas, acidentes de trabalho, adoecimento e até a morte (KESSLER; KRUG, 2012; MENDES, 2007; SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

Para o trabalhador manter-se saudável no trabalho, torna-se necessário que haja o equilíbrio entre o sofrimento e as estratégias de defesa; tais estratégias podem ser tanto individuais como coletivas. As individuais podem ser descritas como mecanismos internos de defesa e operam mesmo sem a presença do outro, sendo essenciais para a adaptação ao sofrimento; porém, são de natureza individual, não atuando sobre a violência social. As estratégias coletivas de defesa necessitam de um consenso do grupo e dependem de condições externas ao sujeito (DEJOURS, 2011; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Assim, na busca de se manterem sãos, os trabalhadores utilizam estratégias de defesa, as quais, muitas vezes, são ações coletivas, a partir das quais o trabalhador almeja transformar e reduzir aspectos presentes no contexto de trabalho resultantes do conflito entre o prescrito e o real, que o faz sofrer. Assim, o trabalhador está exposto ao processo de alienação, o que dificulta ou mesmo impede as chances de alteração das situações negativas de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Considerando as repercussões do ideário neoliberal na prática assistencial da enfermagem obstétrica, a tese deste estudo defende que a reestruturação produtiva do trabalho

das enfermeiras obstétricas ocorridas na gestão pública do SUS, com base no projeto neoliberal, interfere na produção do cuidado especializado e na saúde dessas profissionais.

As questões norteadoras

A partir dessa contextualização acerca do objeto de estudo, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras:

a) Quais as complexidades existentes no trabalho das enfermeiras obstétricas que atuam nas maternidades municipais da cidade do Rio de Janeiro?
b) Quais são as condições de trabalho que as enfermeiras obstétricas enfrentam em seu cotidiano laboral nas maternidades públicas da cidade do Rio Janeiro?
c) Quais os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas de maternidades municipais da cidade do Rio de Janeiro?
d) De que forma o processo de trabalho repercute nas relações interpessoais das enfermeiras obstétricas frente o modelo neoliberal?

Considerando a natureza do objeto de estudo e a assertiva enunciada, elaboraram-se os seguintes objetivos:

a) Identificar as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras obstétricas para a realização de um cuidado especializado;
b) Descrever as condições de trabalho apresentadas pelas enfermeiras obstétricas no cenário hospitalar, nas maternidades públicas;
c) Analisar os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas frente à organização do trabalho nesta área;
d) Discutir o processo de trabalho e as relações interpessoais das enfermeiras obstétricas frente o modelo neoliberal.

Justificativa do estudo

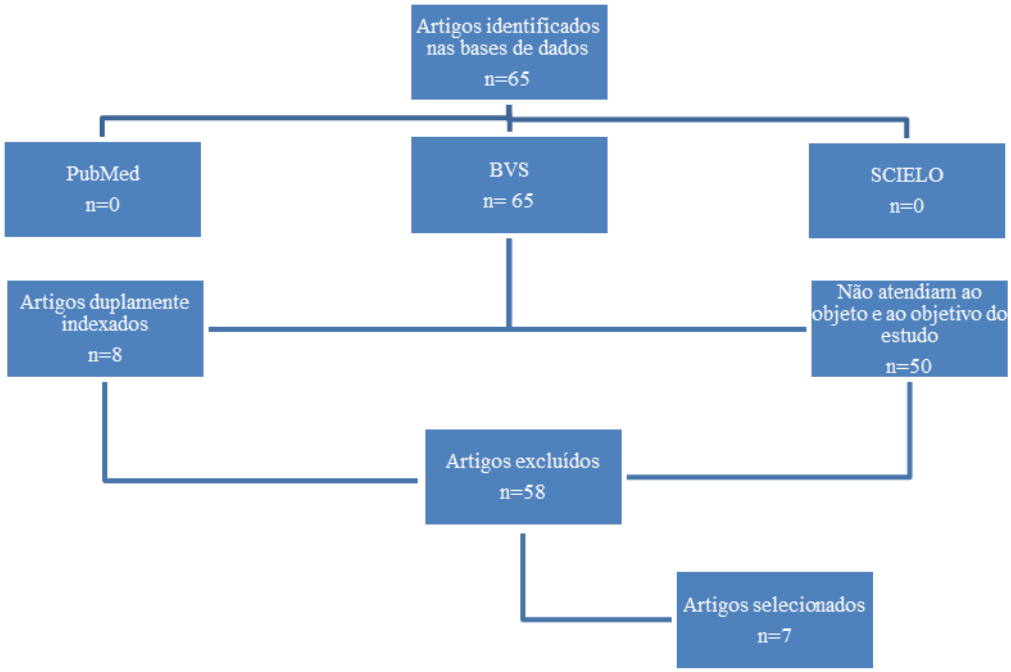
Faz-se relevante, primeiramente, o levantamento do estado da arte para identificar e conhecer os estudos já publicados sobre a temática discutida nesta pesquisa.

Assim, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na PubMed Central®, no período compreendido entre março de 2016 a agosto de 2019, com recorte temporal entre os anos de 2014 a 2018, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, que estiveram disponíveis na íntegra. Na busca pelo material, utilizaram-se as seguintes palavras-tema: "Saúde da Mulher" *and* "Enfermagem Obstétrica" *and* "Trabalho". Excluíram-se os artigos de revisão.

Com o intuito de caracterizar o resultado obtido através da busca, apresentam-se a seguir as bases de dados e o quantitativo de publicações encontradas nas mesmas: i. BVS: 65 publicações; ii. SciELO: nenhuma publicação; iii. PubMed Central®: nenhuma publicação. A partir disso, foram excluídos os estudos duplamente indexados (oito) e aqueles que não atendiam ao objeto e aos objetivos desta pesquisa (cinquenta).

Assim, após a leitura dos títulos e dos resumos, apenas sete artigos foram selecionados, auxiliando a compreensão em relação à temática. Ao avaliar o quantitativo de produções científicas acerca do tema investigado, constata-se a baixa produção, sendo uma das justificativas para o presente estudo. A busca pode ser verificada através do fluxograma apresentado na Figura 1:

Figura 1 – Fluxo de busca sistemática nas bases de dados. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: o autor, 2019.

Esse estudo também se justifica face à trajetória significativa de lutas da categoria da enfermagem obstétrica pela transformação desmedicalizada dos espaços hospitalares de assistência às mulheres grávidas. Tais espaços, pertencentes ao SUS, necessitam da produção de conhecimentos para instrumentalizar o processo de tomada de decisões da categoria na luta por condições adequadas de trabalho e pela manutenção do cuidado humanizado.

Ainda se ressaltam, como justificativa do presente estudo, as mudanças que têm ocorrido no atual mundo do trabalho, as quais demandam que sejam realizadas pesquisas constantes para elucidar os fatores relacionados ao processo laboral das enfermeiras obstétricas e ao processo de saúde-doença dessas trabalhadoras.

Relevância e contribuições do estudo

A abordagem do tema é relevante por discutir o trabalho das enfermeiras obstétricas no modelo neoliberal; esse trabalho vem sofrendo alterações devido à gestão em saúde baseada nas contratações por meio de OS, gerando um processo de flexibilização dos direitos sociais, reforçando o sistema de exploração e provocando insegurança na vida das trabalhadoras.

A investigação é relevante porque amplia o acervo da Linha de Pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem”, abrindo a possibilidade para a realização de novos estudos do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/Uerj). Nesse sentido, este estudo contribui para a expansão teórica das pesquisas relacionadas à enfermagem obstétrica e à Psicodinâmica do Trabalho, proporcionando uma reflexão crítica para a categoria, que poderá adquirir melhores condições de sustentar sua prática profissional.

No âmbito do ensino, esta pesquisa contribui para a inserção da temática nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação no sentido de ampliar o olhar dos futuros profissionais para a formulação de sua prática profissional, além de conscientizá-los acerca da importância tanto dos aspectos preventivos e terapêuticos relacionados à saúde do trabalhador, quanto do papel da organização do trabalho na criação e na manutenção de condições dignas de trabalho.

Em relação à saúde do trabalhador de enfermagem obstétrica, o presente estudo propicia uma maior aproximação das experiências e vivências do próprio grupo em seu

ambiente de trabalho e reforça a necessidade da criação de um coletivo de enfermeiras obstétricas para discutir i. os impactos de seu trabalho na saúde do grupo e ii. as estratégias de enfrentamento das condições adversas do mesmo. Além disso, a pesquisa pode contribuir para a elaboração de ações de Políticas de Saúde do Trabalhador do SUS voltadas a esse grupo de profissionais, por meio dos resultados e da elucidação de questões voltadas à prática dessa atividade.

1 **REFERENCIAL TEÓRICO**

Para dar sustentação a este, estudo foram utilizados os conceitos teóricos do médico francês com formação em Psicanálise e Psicossomática Christophe Dejours, denominados Psicodinâmica do Trabalho, uma abordagem científica, criada na França durante a década de 1980. Dejours foi docente do *Conservaitore National des Arts et Métiers* em Paris, onde coordenou o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação (DEJOURS, 2004).

Durante mais de trinta anos, Dejours tem realizado inúmeras pesquisas acerca da vida psíquica no trabalho, com foco principal no sofrimento psíquico e nas estratégias de enfrentamento empregadas pelos trabalhadores para conseguir tornar o trabalho uma prática geradora de prazer (DEJOURS, 2004).

A Psicodinâmica do Trabalho estuda os movimentos psicoativos, procurando a evolução dos conflitos intra e intersubjetivos determinados pelos conflitos existentes entre a organização prescrita e a organização real do trabalho. Privilegiando as inter-relações que foram formadas social e historicamente, coloca-se como uma teoria crítica do trabalho, no nível da materialidade (MENDES, 1994; MENDES, 2007a).

É imprescindível compreender que a organização do trabalho é um processo dinâmico que abarca a subjetividade da pessoa, as suas inquietações, focando não somente na saúde física do indivíduo, mas também na psíquica. Dessa forma, tem-se que compreender que há uma inter-relação entre o ambiente laboral e as formas de organização do trabalho (DEJOURS, 2015). Assim, as relações humanas existentes nas instituições são reflexos das inúmeras formas de organização laboral; como consequência dessas circunstâncias, entende-se que a subjetividade do trabalhador deve ser levada em consideração.

Verifica-se, dessa forma, que a Psicodinâmica do Trabalho dá margens para uma perspectiva mais ampliada, pois aborda não só o sofrimento no trabalho, mas também o prazer que o mesmo pode gerar no trabalhador: não mais só o homem, mas também o trabalho; não mais só a organização do trabalho, mas também as situações de trabalho em sua dinâmica interna (FLACH et al., 2009).

Segundo Dejours, Abdouchelli e Jayet (2011), a Psicodinâmica do Trabalho possui as seguintes categorias de estudo: i. a organização do trabalho composta por organização do contexto do trabalho, das condições do trabalho e das relações do trabalho; ii. a mobilização subjetiva da trabalhadora, composta por vivências de prazer e de sofrimento, e iii. as

estratégias defensivas. Ademais, para esses autores, a organização do trabalho é ao mesmo tempo divisão do trabalho (divisão de tarefas, repartição, cadência e tempo prescrito) e divisão dos indivíduos (responsabilidade, hierarquia, comando e controle). Assim, a organização define quais são as tarefas, os conteúdos e as relações humanas laborais que o trabalhador é obrigado a atuar de acordo com a vontade do outro.

Dessa maneira, a divisão das tarefas transforma o sentido e o interesse do indivíduo pelo labor, e a divisão dos indivíduos modula as relações interpessoais e mobiliza a efetividade, atuando, dessa maneira, no funcionamento psíquico dos trabalhadores (DEJOURS, 1994; DEJOURS; ABOUCHELLI, 1994).

Mendes (1994) conceitua organização do trabalho como um processo intersubjetivo no qual há o envolvimento entre diversos sujeitos que interagem com uma dada realidade, resultando numa dinâmica específica às situações de trabalho enquanto lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais.

Segundo Dejours (2015), a organização do trabalho pode ser entendida como sendo a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade.

As condições de trabalho são as características ergonômicas do local de trabalho, tendo o trabalhador como centro de estudo, além remeter ao ambiente físico (temperatura, barulho, pressão, vibração, irradiação, altitude, dentre outros), ao ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos) e às condições de higiene e segurança do posto de trabalho. As condições de trabalho se referem a questões que envolvem o corpo, visto que podem desencadear desgaste, envelhecimento e aparecimento das doenças somáticas no trabalhador (DEJOURS, 2015).

No que se refere às Relações de Trabalho, para Dejours (2004) é somente pelo trabalho que o trabalhador conseguirá manter as relações sociais. As relações de trabalho englobam tanto as interações hierárquicas quanto às interações coletivas intra e intergrupos, assim como as interações externas com clientes, usuários, parceiros, fornecedores, consumidores etc. (MACÊDO, 2010).

A Psicodinâmica faz uso dos conceitos ergonômicos de dois tipos de trabalho: o prescrito, conceituado como a atividade preestabelecida, instruída e que deve ser concebida; e o real, o que é realizado concretamente, em todo seu ajuste, reorganização e adaptação. Logo, qualquer atividade alude a adaptações e a aproximação entre a organização do trabalho prescrito e a do trabalho real (DEJOURS, 1999).

A compreensão da influência da organização do trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores – na produção de vivências do prazer, do sofrimento, do desgaste, da satisfação e do adoecimento das pessoas – é muito importante para que se possam entender as diversas situações laborais e nelas intervir, além de superar os clássicos modelos organizacionais do trabalho (DEJOURS, 1993).

Assim, o trabalhador, quando convive com circunstâncias de conflito, dispõe de vias de descarga da energia advindas dessas situações. Essas vias são de caráter psíquico, motor e visceral. Assim, pela via psíquica, o indivíduo está impregnado pela hostilidade, o que pode criar agressividade em quantidade necessária para aliviar a tensão. Pela via motora, há liberações psicomotoras ou comportamentais, utilizando como meio de alívio a agressividade ou violência. E pela via visceral, a energia existente é liberada pelo sistema nervoso autônomo, aparecendo, muitas vezes, através dos processos de somatização (DEJOURS, 1994).

A carga psíquica é resultante da existência de uma lógica atribuída ao trabalho realizado. O trabalho, na medida em que inviabiliza a utilização suficiente das atividades psicomotoras, acumula a tensão produzida no ambiente laboral, constituindo, assim, a carga psíquica de trabalho (DEJOURS, 2009a).

O trabalho, quando é organizado e possui possibilidade de escolhas livres, proporciona vias de liberação da carga psíquica, tornando-se equilibrado. Nessas circunstâncias, ele gera alívio da carga psíquica e torna-se uma fonte de prazer e equilíbrio para o trabalhador. No entanto, caso não permita a descarga da energia psíquica acumulada, o trabalho torna-se produtor de tensão e desgosto, podendo a carga psíquica aumentar até que a fadiga surja; nessa circunstância, o trabalho se torne fatigante. Assim, o sofrimento se inicia quando se bloqueia a relação entre o homem e a organização do trabalho (DEJOURS, 1994; DEJOURS, 2015).

O sofrimento é considerado uma experiência particular intermediária em meio à doença mental descompensada e o bem-estar psíquico, provocando um duelo contra o que levou ao aparecimento da doença mental. Assim, torna-se imprescindível determinar quais elementos no meio laboral se opõem à descarga de energia, dificultando o perfeito funcionamento do sistema motivação-satisfação (ou desejo-prazer) (DEJOURS, 1994; DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994;).

Uma das maneiras de sofrimento laboral, segundo Dejours (2015), é a insatisfação no trabalho, que está ligada ao conteúdo da tarefa e/ou à desqualificação em decorrência dos

baixos salários e da valorização do seu trabalho. O lado mais cruel do sofrimento está no vazio intelectual.

Por outro lado, o convívio harmonioso com a família, consigo e com os outros possibilita a ocorrência de relações mais fecundas no trabalho e na vida; ou seja, o trabalho sofre influências diretas da vida social do trabalhador (BECK; BUDÓ; GONÇALVES, 1999; DEJOURS, 1986). Para a Psicodinâmica do Trabalho, deve-se conseguir entender como os trabalhadores mantêm um equilíbrio psíquico, ainda que em condições desestruturantes de trabalho (DEJOURS, 2004).

Nesse sentido, para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), o sofrimento pode ser patogênico ou criativo. No criativo, o indivíduo tenta realizar a transformação do seu sofrimento em algo que seja mais benéfico para o próprio. Mas, para que isso ocorra, deve haver uma certa liberdade na organização do trabalho, possibilitando-se negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador.

Já o sofrimento patogênico está associado ao fato de a organização de trabalho não apresentar flexibilidade, evitando que o sujeito utilize vias de descarga pulsional nas suas atividades laborais; nesse contexto, o profissional vale-se de estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

No entanto, o trabalhador sente-se valorizado e reconhecido pelo que faz quando o trabalho lhe possibilita realizar algo (MENDES, 2004). Logo, o trabalho pode ser uma realização, pode significar a criação de uma identidade pelo fazer. Dessa forma, o trabalhador sente satisfação, tendo, dessa maneira, vivências de prazer.

Essas vivências são resultantes da influência de três dimensões distintas e interligadas: a da subjetividade do trabalhador, que possui uma história única, e desejos e necessidades particulares; a da organização do trabalho, que preestabelece normas e padrões, e impõe metas; e a do coletivo, que é intimamente ligada a relações hierárquicas, a relacionamento entre seus pares e a normas e valores de convivências social no trabalho (MENDES, 2004).

Segundo a Psicodinâmica, por ser uma construção dialética e única, o trabalho é fonte de prazer e de sofrimento. A possibilidade de intervir na organização do trabalho permite que os sujeitos subvertam o sofrimento, dando-lhe um novo sentido, inteligibilidade; não se anula seu sentido, que, no entanto, é transformado em prazer (MENDES, 2007a).

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), é o sofrimento que direciona o sujeito a buscar a autorrealização na construção de sua identidade social. Na construção de sua identidade, são necessários o olhar e o julgamento do outro. O sujeito não cria sua identidade a partir de si; antes, busca ser reconhecido pelo seu fazer e não pelo seu ser, pois somente

após ter a qualidade de seu labor reconhecido é que ele pode repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade.

Na perspectiva da Psicodinâmica, é admissível vivenciar prazer a partir do momento em que a organização do trabalho dê condições para o surgimento de três ações para os trabalhadores: i. mobilização da inteligência prática, mobilização do espaço público da fala e mobilização da cooperação. Essas ações mantêm o prazer por via direta ou indireta. A inteligência prática constitui a ruptura com regras e normas; é a transgressão do trabalho prescrito, a partir do incremento de meios mais eficazes do que a própria organização do trabalho preestabelece (MENDES, 2007b).

O espaço público da fala é estabelecido pelos trabalhadores como o espaço no qual a inteligência prática é reconhecida e no qual se admite a livre expressão de opiniões. Cooperação significa que o desempenho coletivo é maior do que a soma dos desempenhos individuais, constituindo-se na ação de criar coletivamente produtos, ideias e serviços etc. Ademais, a cooperação implica o reconhecimento e a valorização, levando ao fortalecimento da identidade psicológica social (MENDES, 2007b).

A Psicodinâmica do Trabalho pressupõe que os trabalhadores possuem meios de proteger-se, de procurar formas de transformar a realidade na qual estão inseridos e de promover soluções individuais ou coletivas com o intuito de amenizar os sentimentos de sofrimento gerados pela organização laboral e/ou pelo próprio trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

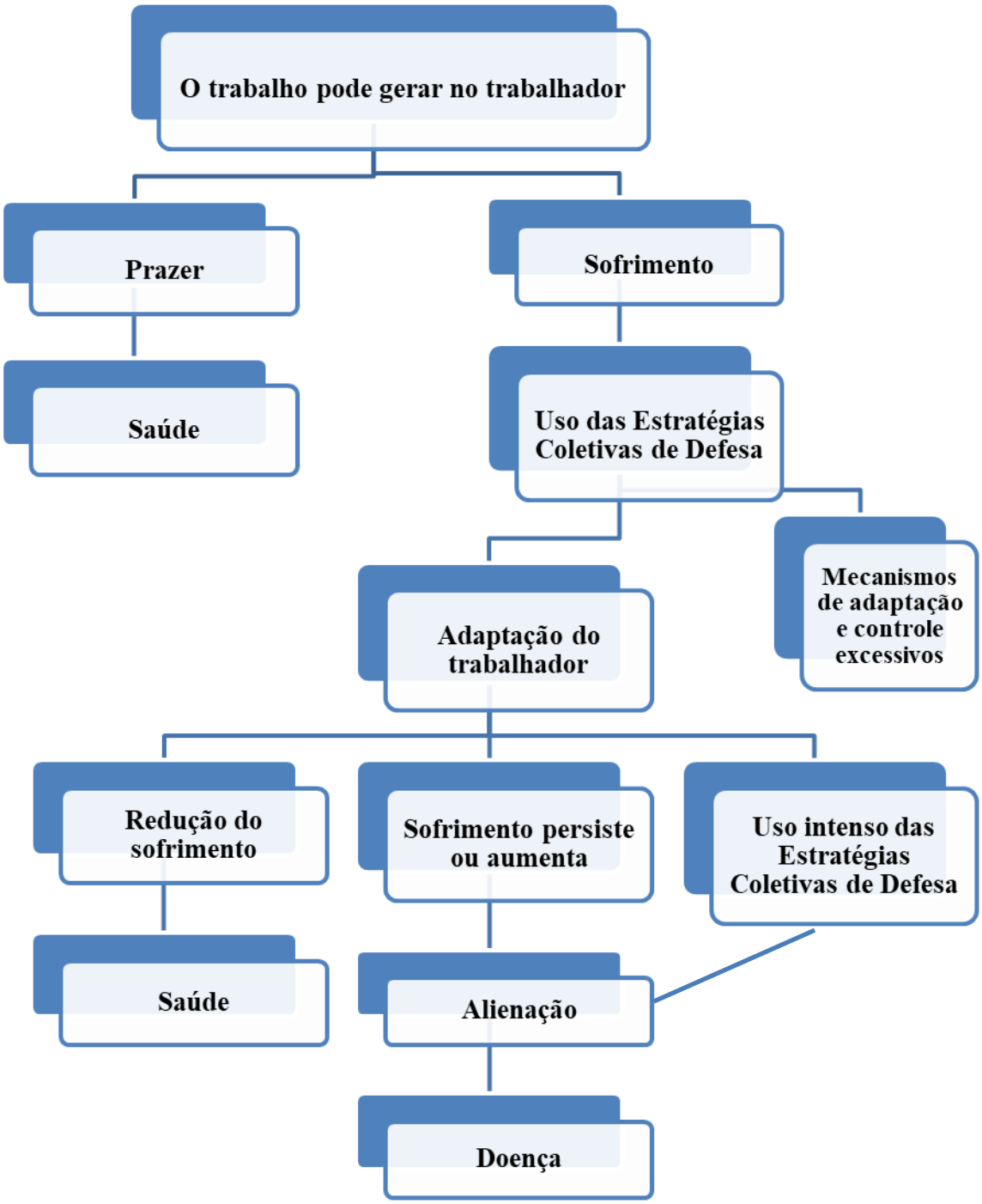
O papel das estratégias de defesa é dotar o trabalhador da capacidade de se adaptar às pressões do trabalho com o intuito de amenizar o sofrimento. As estratégias individuais de defesa ganham força ao encontrar apoio nas estratégias de defesa coletivas, que colaboram para a manutenção do sofrimento ao inventarem uma falsa realidade que aprove normalidade, mas não saúde. Essas estratégias, para funcionarem, operam a partir de certas premissas, dentre as quais se podem destacar a negação do que o trabalhador sente, a intolerância com o sofrimento alheio, a aceitação de um contexto de dominação inevitável, a mentira instituída pela ação gerencial, o discurso científico das metodologias organizacionais e o próprio processo de globalização, que se transformou em um totalitarismo democrático generalizado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Logo, para dar conta da “loucura” do trabalho e suportar o sofrimento, é necessário que o trabalhador crie estratégias coletivas capazes de lidar com a precarização laboral. Essas estratégias – que podem ser de defesa (ou proteção) e de exploração – são específicas de cada categoria profissional e são colocadas como regras pelo grupo (MENDES, 2007b).

As chamadas estratégias de defesa ou proteção são modos de pensar, sentir e agir de maneira a gerar compensações, com o intuito de tolerar o sofrimento. O sujeito procura se alienar dos motivos relacionados ao seu sofrimento e não busca alterar a sua realidade. No entanto, quando essa forma de enfrentamento não obtém mais resultados, visto que não atua sobre a fonte geradora de malefícios ao trabalhador, ocorre o adoecimento. As estratégias de defesa dizem respeito à negação do sofrimento e à submissão ao desejo da produção (MENDES, 2007b).

As estratégias de defesa, apesar possuírem um papel de grande valia para manter a saúde dos trabalhadores, podem se transformar em um conjunto de ideias capazes de gerar a alienação. A estratégia de defesa pode tornar-se ambígua, pelo fato de possibilitar a atenuação do sofrimento; mas, ao lograr o êxito em não permitir que o sujeito experimente o sofrimento, pode levá-lo à alienação (DEJOURS, 1999). Isto pode ser verificado na figura 2.

Figura 2 – Esquema sinóptico da Psicodinâmica do Trabalho, por Dejours. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

2 **REFERENCIAL TEMÁTICO**

2.1 **Aspectos históricos do neoliberalismo**

No período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, ocorreram mudanças no sistema capitalista, fruto da crise do modelo keynesiano-fordista e do surgimento de um novo modelo de acumulação flexível. Isto pode ser percebido com o aumento das taxas de inflação, com a redução da produtividade e do crescimento econômico, e com a elevação do déficit público e das taxas de desemprego, dentre outras evidências (FELIZARDO, 2010).

No modo de produção capitalista, o fordismo fundiu-se ao taylorismo, embora tenha se diferenciado deste último, uma técnica de racionalização do processo de trabalho com ganho de efetividade por meio da degeneração e massificação da força de trabalho. Já o fordismo é um modo de produção expansionista, considerado como um modelo de desenvolvimento que viabilizou a inclusão social de um contingente grande de trabalhadores, no que tange a ganhos salariais e a consumo e aquisição de direitos sociais, advindos do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social). Dessa forma, o fordismo avançou e deu origem a um novo tipo de trabalhador (KUHN; SCHEFFEL, 2016).

Na década de 1970, ocorreu a crise desse sistema capitalista, provocando a quebra do pacto social e as instabilidades política, econômica e social. Esse quadro de crise perdurou até o final dessa década, quando o neoliberalismo começou a conquistar as nações capitalistas, como a Inglaterra e os EUA, se mostrando como a melhor alternativa para sustentar política e economicamente a globalização e a restruturação produtiva (MORAES, 2013).

Assim, o neoliberalismo consiste i. na desregulamentação dos mercados, sobretudo o financeiro e o do trabalho; ii. no Estado mínimo, que redundou nas privatizações; e iii. na abertura comercial, para facilitar a entrada de produtos estrangeiros (JURGENFELD; RODRIGUES, 2017).

Com esse ideário, emergiram novas formas de contratos de trabalho, como terceirizados, cooperativados, temporários; associado a isso, aumentaram as perdas de direitos trabalhistas e o desemprego estrutural. Assim, o trabalhador é espoliado ao máximo através da precarização das relações trabalhistas e da exploração e intensificação de sua mão de obra para satisfazer as necessidades do Capital (ANTUNES, 2011).

Nos dias atuais, o mundo do trabalho sofre intensas transformações, como a globalização, a modernização tecnológica e as novas formas de gestão. Dessa forma, há ressignificação no conteúdo e na natureza do trabalho. O neoliberalismo trouxe consigo cargas horárias excessivas, ritmos laborais intensos, controle ostensivo das atividades, pressões por produtividade e necessidade da polivalência e multifuncionalidade dos trabalhadores (ANTUNES, 2007).

A precarização do trabalho é um processo constitutivo do novo metabolismo social, manifesto na reestruturação produtiva do capital e na formação do Estado neoliberal. As bases objetivas da precarização do trabalho são a intensificação e a ampliação da exploração, levando à espoliação da força de trabalho, tanto pelo desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa, quanto pela fragmentação social nas cidades em virtude do crescimento exacerbado do desemprego em massa (ALVES, 2009).

A característica fundamental da reestruturação produtiva é a flexibilização, que se encontra presente em inúmeras formas, entre as quais se podem destacar i. a libertação dos processos produtivos, comerciais e financeiros de qualquer rigidez do fordismo; ii. a automação flexível, possibilitando alterações dentro do processo de produção, para satisfazer a demanda e o mercado; e iii. a racionalização do processo laboral, com o intuito de máxima eficiência e baixos custos, através do *just in time*[3] (PADILHA, 2016).

Atrelado ao processo de flexibilização laboral, há a conformação no mercado, com a presença da livre contratação e negociação, flexibilização dos direitos sociais, dos salários e da jornada de trabalho. Entretanto, para acatar as demandas por multifuncionalidade e alta qualidade, o trabalhador necessita ser polivalente e qualificado, e apresentar iniciativa e envolvimento (PADILHA, 2016).

No modelo capitalista, os investimentos são realizados no setor educacional apenas para atender às necessidades do capital. Deixa-se, assim, de construir homens livres e plenos para formar trabalhadores submissos à acumulação de riquezas materiais (PADILHA, 2016).

A educação no sistema capitalista corresponde a uma educação voltada para atender às necessidades do capital em seu processo de expansão e acumulação ampliada. Produção da riqueza e homens são postos, sob o capital, numa relação invertida: não é a produção da riqueza material que está a serviço dos homens, mas o contrário: o que se produz não é para a coletividade, mas para alguns que se tornaram historicamente proprietários dos meios de

[3] *Just in time* é um sistema de administração da produção que determina que tudo deve ser produzido, transportado ou comprado na hora exata. Pode ser aplicado em qualquer organização, para reduzir os estoques e os custos decorrentes dele (SOUZA; MENDES, 2016).

produção e de subsistência. Estes buscam, em nome de um suposto desenvolvimento econômico, decidir os destinos da sociedade, bem como ela deve ser organizada, como deve pensar, como deve agir.

Através dessas alterações ocorridas no mundo do trabalho, o Estado assumiu uma postura de desregulamentação das relações trabalhistas e de bem-estar social, e promoveu a precarização das relações de trabalho em diversos setores, dentre eles, o da saúde, que foi fortemente atingido (COSTA; TAMBELLINI, 2009).

2.2. **Impactos do neoliberalismo no setor saúde**

No Brasil, durante os anos de 1990, ocorreram inúmeros fatos importantes, dentre eles a adoção do ideário neoliberal. Durante essa década, pode-se observar que inúmeros países ditos periféricos foram forçados a submeter-se à supremacia dos países ditos centrais. No caso do Brasil, houve dominação especialmente pelos EUA. A ideologia neoliberal foi adotada pelo Brasil tardiamente, se comparado aos demais países da América Latina. Assim como ocorreu com outras nações latino-americanas, no Brasil não se havia ainda consolidado o Estado de Bem-Estar Social, e, ao optar pelo neoliberalismo, empregaram-se as características de um novo neoliberalismo, aperfeiçoado ao novo contexto sociopolítico e econômico (LEME, 2010).

Dessa forma, a Constituição Brasileira de 1988 tornou-se um obstáculo para a implantação do ideário neoliberal, visto que ela foi formulada sob os princípios e fundamentos do Estado de Bem-Estar Social.

O país teve de se submeter aos ajustes neoliberais impostos pelo Banco Mundial devido à dívida externa, que se encontrava então muito alta. Assim, o Brasil precisou se submeter às políticas de liberalização financeira e comercial, à desregulamentação cambial e aos investimentos externos. Portanto, os ajustes neoliberais acabam paulatinamente com os direitos conquistados duramente pelos trabalhadores (LEME, 2010).

No campo da saúde, também ocorreu a restruturação produtiva. A política de ajustes econômicos, inserida no início da década de 1990, comprometeu intensamente o setor saúde. As reformas estruturais que se seguiram à entrada do neoliberalismo no país se basearam na redução dos gastos e na descentralização através da desresponsabilização do Estado na área social. As modificações que vêm ocorrendo no mundo do capital explicam o processo de

contrarreforma que ocorre no campo da saúde brasileira, distinguindo os reais motivos socioeconômicos e políticos que determinam o processo de contrarreforma do Estado e os atores que dela se beneficiam (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012).

Assim, as políticas de saúde têm se apresentado como um mercado de grande interesse para o capitalismo. Uma prova disso é a expansão do setor privado para o SUS, o que se comprova pelas contratações realizadas entre o governo e as instituições privadas/filantrópicas; além disso, ultimamente constatam-se repasses da gestão do SUS para as entidades privadas, com a implantação de novos modelos de gestão (BRAVO; CORREIA, 2012).

As OS, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), segundo Bravo e Correia (2012), são formas de apropriação do dinheiro público para financiamento do setor privado.

As OS foram formadas no Brasil como um instrumento de viabilização e de implementação de políticas públicas. Em 1997, foi desenvolvido pelo governo federal um documento que estabelecia os critérios para definir as entidades que estariam autorizadas a serem parceiras do Estado, na condução da “coisa pública”. Foi então aprovada no Congresso Brasileiro a lei que regulamenta tais entidades, as OS, a criação do Programa Nacional de Publicização,[4] dentre outros. O intuito foi qualificar, como organizações sociais, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

As OS, diferentes dos órgãos públicos, não necessitam realizar concursos públicos para contratação de pessoal e estão autorizadas a adquirir bens e serviços sem ter que abrir um processo licitatório, e não precisam prestar contas às instituições de controles internos e externos da administração pública, já que essas atribuições são exclusivas do Conselho de Administração (MARTINI, 2017).

Através dessa da lei 9.637/1998 (BRASIL, 1998d), houve a instauração de condições para a construção do “Estado mínimo no país”, acatando a proposição instituída no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, por meio da terceirização/privatização de serviços públicos. O Governo justifica essas ações afirmando que as “atividades não exclusivas do

[4] A publicização é um processo criado para transferir para as OS – entes da sociedade organizada sem fins lucrativos, atuantes no "terceiro setor" – atividades classificadas como não exclusivas da administração pública, tornando possível a sua exploração (BRASIL, 1995).

Estado" podem ser transferidas para a iniciativa privada sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, visto que essa transferência resultaria em melhoria dos serviços à população, maior autonomia gerencial, atendimento de melhor qualidade ao cidadão e menor custo, dentre outros. Baseados nessa visão de Estado, diversos estados e municípios passaram a transferir serviços de saúde às entidades terceirizadas, como cooperativas, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, associações e entidades civis de prestação de serviços qualificadas como as OS.

Ressalta-se que a inserção das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto em maternidades deu-se a partir da década de 1988. Neste período, todas as profissionais estavam ligadas diretamente ao Estado, sem fragilização dos vínculos trabalhistas. Desta forma, somente após 1994, com a Lei Federal nº 8.949/1994, houve a possibilidade do processo de contratação através das OS nos serviços públicos de maneira geral.

Destaca-se ainda que, em 1995, no Rio de Janeiro, ocorreu a municipalização das maternidades Alexander Fleming, Praça XV e Carmela Dutra, e de quinze Postos de Assistência Médica (PAM), ampliando a oferta de consultas de pré-natal e de atendimento ao parto, ficando a SMS-RJ responsável por atender 45% das mulheres do município do Rio de Janeiro, perfazendo uma média de 30.000 partos por ano (BOARETTO, 2003).

Para cumprir o compromisso assumido, as instituições municipalizadas do Rio de Janeiro receberam investimentos em reformas, equipamentos e recursos humanos, como a Maternidade Alexander Fleming em 1998, a Maternidade Oswaldo Nazareth (antiga Maternidade Praça XV) em 1999, a Maternidade Carmela Dutra em 2000. Também outras maternidades não municipais da rede SUS tiveram reformas, como a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Maternidade Promatre (privada e filantrópica) (BOARETTO, 2003).

Assim, em 1998, quando houve a publicação do arcabouço de portarias de valorização da enfermeira obstétrica no município de Rio de Janeiro, implantou-se o Projeto de Assistência de Enfermagem à parturiente na área de planejamento 3.3 da SMS-RJ (Irajá, Madureira, Pavuna e Anchieta), onde enfermeiras obstétricas foram inseridas nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto nas maternidades Alexander Fleming e Herculano Pinheiro (BOARETTO, 2003).

Houve a necessidade de expansão do SUS, em um momento imprescindível de maior investimento para efetivação de um serviço público de qualidade, já que se tratava de um período em que o neoliberalismo estava redefinindo o papel do estado (JUNQUEIRA et al., 2010; NOGUEIRA, 2010). Essa situação foi intensificada com a Emenda Constitucional nº

19/1998, que implantou a flexibilização na saúde e nas relações laborais no setor público, com a introdução das OS (JUNQUEIRA et al., 2010; MARTINS, 2013; NOGUEIRA, 2010).

A partir dos anos 1998 e até 2005, praticamente todas as maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tiveram a inserção da enfermeira obstétrica para implantar ações do Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Dentre elas destacamos: Maternidade Fernando Magalhães, Leila Diniz, Herculano Pinheiro,[5] Alexandre Fleming, Ernesto Nazaré,[6] Carmela Dutra e a Casa de Parto David Capistrano Filho (2004).

Cabe ressaltar que, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNET) (2014), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro gerenciava diretamente as sete unidades e que, a partir de 2008, houve um crescimento de 72% dos atendimentos, através das parcerias com as OS e entidades sem fins lucrativos (PRATA, 2016). Esse processo se intensificou com a publicação da Lei n° 5.026/2009, que regulamentou a atuação de OS na gestão das unidades de saúde em âmbito municipal (RIO DE JANEIRO, 2009), culminando, ainda em 2009, na criação da Cegonha Carioca.

Desse modo, a partir de 2008, no contexto da Rede Cegonha como política pública, houve um aumento do número de maternidades no município do Rio de Janeiro, com a inauguração das maternidades Maria Amélia Buarque de Hollanda, Mariska Ribeiro, Maternidade Mariana Crioula. No entanto, seguindo o modelo de terceirização para as enfermeiras dessas maternidades e nas demais maternidades já existentes, estabeleceu-se um modelo híbrido de relações de trabalho.

2.3 **Participação da mulher no mercado de trabalho**

No fim do século passado, o processo de restruturação laboral se intensificou, gerando alterações na organização, nas formas e na gestão do trabalho, o que provocou mudanças na vida do trabalhador e na organização laboral. Assim, as formas de contratação de mão de obra têm se apresentado de diversas maneiras, como trabalho informal e acordos em tempo parcial (LIMA; BARROS; AQUINO, 2012).

Essa estrutura é reflexo do neoliberalismo, entendido como uma forma de organização econômica, política e cultural que sujeita os trabalhadores aos seus ideais; O neoliberalismo,

[5] Em processo de fechamento de suas atividades.
[6] Encerrou suas atividades em 2013.

além de desmotivar o trabalhador, interfere na sua autoestima e na sua dignidade. Ao propiciar a flexibilização das relações trabalhistas, o neoliberalismo promove o crescimento do emprego feminino principalmente nos setores mais precarizados. Tal aumento ocorre em decorrência de o neoliberalismo desejar profissionais qualificados, mas que aceitem trabalhar em condições precárias e com baixos salários. As mulheres, como possuem maior tempo de escolaridade e estão se firmando no mercado de trabalho, acabam aceitando, nesse contexto, vínculos laborais em condições adversas (FURNO; GOMES, 2015; MAIA et al., 2015).

Portanto, percebe-se que as transformações decorrentes dessa ideologia transformaram culturalmente o papel social da mulher na sociedade. Os movimentos feministas que ocorreram nos anos de 1970 e a difusão da atuação das mulheres nos espaços públicos intensificaram ainda mais essas transformações e auxiliaram a alteração da identidade feminina, que, de responsável pelo lar, passou ao trabalho produtivo remunerado (FURNO; GOMES, 2015; MAIA et al., 2015).

Durante o governo Collor, ocorreu em 1990 a desregulamentação das relações laborais, através de práticas como contratações por tempo determinado e por tempo parcial, de flexibilização nos limites da jornada de trabalho e de desindexações salariais, provocando a precarização das relações laborais, em especial, da força de trabalho feminina (OLIVEIRA, 2015).

Nesse período, devido à maior escolaridade das mulheres, aumentou a representação feminina no mercado de trabalho, em cargos de comando de empresas e indústrias e em profissões ditas de prestígio, como medicina e direito. No entanto, essas trabalhadoras mantinham-se majoritariamente concentradas no setor de serviço, segmento caracterizado pela informalidade, por condições precárias e por baixos salários, muitas vezes, inclusive, sem carteira assinada. Esse setor representa a metade de toda força laboral feminina. Ao mesmo tempo, as trabalhadoras mais qualificadas predominavam em empregos tradicionais femininos, como magistério, enfermagem e serviço social (FURNO; GOMES, 2015; MAIA et al., 2015).

Dessa maneira, é possível entender que, na maioria dos setores, há a ocorrência da divisão sexual do trabalho, impondo às mulheres a realização de atividades consideradas secundárias e menos valorizadas social e economicamente. A divisão sexual do trabalho estabelece relações sociais assimétricas e hierarquizadas entre homens e mulheres, influenciando, assim, na posição que a mulher ocupa na sociedade (HIRATA, 2016).

Segundo Souza, Tyrrell (2011), a subvalorização do trabalho feminino é fruto da competividade, das péssimas condições laborais e da disseminação do trabalho informal. Uma de suas possíveis causas seria o aumento na proporção de mulheres chefes de família.

O processo de restruturação e flexibilização do trabalho ocorre de forma sexuada, no qual se garantem aos homens cargos e empregos de maiores salários, qualificação técnica e prestígio em relação as mulheres, apesar de as mesmas possuírem estatisticamente maior tempo de instrução que os homens. Além disso, as diversas formas de precarização das relações laborais contribuem para gerar sentimento de impotência, instabilidade, insatisfação e medo por parte dos trabalhadores, tendo em vista a dificuldade de manutenção nos postos de trabalho e a necessidade de sobrevivência daqueles que vivem e sobrevivem da venda da força de trabalho (GUIRALDELLI, 2012).

A participação da mulher nos espaços públicos não significa que elas serão incluídas de forma democrática e socialmente neutra. Sua inserção tem sido fundamental para manter a luta por reconhecimento, visto que ainda há a divisão entre o espaço privado, feminino, e o público, masculino, o que mantém vivas as desigualdades entre homens e mulheres (FURNO; GOMES, 2015; MAIA et al., 2015).

Apesar das mudanças significativas que vêm acontecendo desde o final do século XX no mundo do trabalho e na participação feminina, as desigualdades entre homens e mulheres não reduziram. O que se tem visto é o aumento da participação feminina nas atividades antes consideradas masculinas, mas que levou à feminização dessas profissões e, consequentemente, à perda de prestígios das mesmas (CARRILLO-GARCÍA et al., 2013). No entanto, as mulheres vêm contribuindo enormemente para o crescimento econômico da sociedade.

Dessa forma, percebe-se a divisão sexual, que é uma construção social das relações de gênero baseada no patriarcado, o que embasa “a organização da vida de muitas sociedades guiadas pela ideia de que haveria uma superioridade física [...], produtiva, artística e intelectual dos homens em relação às mulheres” (SANTOS et al., 2007, p.68).

Assim, as chances e condições de emprego das mulheres são determinadas pelo patriarcalismo e pela divisão sexual do trabalho, que demarcam o papel a ser desempenhado por cada um na sociedade. Logo, a divisão sexual do trabalho torna-se indissolúvel das relações entre homens e mulheres, as quais, por sua vez, são desiguais, hierarquizadas, assimétricas e antagônicas. Nessas relações, constatam-se opressão e exploração entre os dois (HIRATA, 2016; SOUSA; GUEDES, 2016).

Observa-se, então, que o gênero é uma perspectiva relacional e sistêmica que domina o jogo de construção de papéis e identidades para ambos os sexos, sendo entendido como um elemento indispensável da razão simbólica. Ou seja, tudo que é aceito culturalmente como masculino só faz algum sentido a partir do feminino e vice-versa. Essa lógica atravessa vários pares relacionais – como homem-homem, mulher-mulher e homem-mulher – e expressa padrões de masculinidades e feminilidade a serem adotados. Assim, as identidades de homem e mulher se afirmam na medida em que acontecem aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura (QUITETE et al., 2014).

O gênero tem como essência a vinculação entre duas proposições: é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é uma forma primeira de significar as relações de poder (OKIN, 2008).

A abordagem de gênero para compreender as relações de poder existente entre homens e mulheres registra também sua importância na medida em que o foco se desarticula das questões das mulheres e se desloca para uma análise das relações sociais de forma completa. Focalizando as estruturas que subordinam as mulheres aos homens e também a forma de organização das relações sociais, obtêm-se o Estado e a legislação vigentes, as relações laborais e as representações sociais. E, ainda, constata-se que esses elementos se fazem presentes nos planos macro e microssocial (ARAUJO; SCHRAIBER, 2011; OKIN, 2008).

O poder presente nas relações de gênero decorre de representações acerca das mulheres e dos homens, representações essas que se se originam, no imaginário da sociedade, devido a diferenças biológicas entre os dois sexos. Essas representações constituem um sistema simbólico e de valores repleto de ideias acerca de um modelo considerado apropriado e que deve ser seguido por homens e mulheres, sendo naturalizados e difundidos pelas instituições sociais (família, escola, igreja, mídia etc.), e incorporados subjetivamente, influenciando profundamente a formação da identidade de gênero (ARAUJO; SCHRAIBER, 2011; OKIN, 2008).

Dessa maneira, o homem é encaminhado para o espaço público, qual seja, o da produção, precisando, para esse fim, de razão, objetividade, poder e liberdade, ao passo que às mulheres se destina o espaço privado e da reprodução. Para tal espaço, são necessárias, dentre outras qualidades, a emoção, a disciplina, a afetividade e a obediência aos códigos morais preestabelecidos social e culturalmente (ARAUJO; SCHRAIBER, 2011; QUITETE; VARGENS, 2009; MATTAR; DINIZ, 2012).

No entanto, na atual sociedade capitalista ocidental, observa-se que esse panorama mudou, em decorrência das questões financeiras das famílias, com a queda do poder

aquisitivo dos homens, aumentando a presença da mulher no mercado de trabalho e levando a sociedade a aceitar essa nova posição da mulher. Esse dado é corroborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que em 2018 afirma que 60,8% dos lares são chefiados por mulheres.

2.4. **Neoliberalismo e seus impactos na enfermagem**

O Neoliberalismo almeja que as universidades públicas sejam financiadas por investimentos privados, afirmando que, assim, haverá maior produtividade e eficiência, e quase ampliará o consumo de produtos das instituições privadas, sugestão realizada pelo Banco Mundial (FÁVERO; BECHI, 2017).

Esse modelo acarreta impactos nas Escolas de Enfermagem Brasileiras e, consequentemente, na construção do saber das futuras profissionais. Isso se deve à tendência de se formarem profissionais com o foco no mercado de trabalho, utilizando o discurso de que é a única forma de inserção no mundo do trabalho contemporâneo. Assim, haverá a criação de uma enfermagem desprovida de olhar crítico e sem possibilidade de alterar a sua realidade.

Consequentemente, poderá interferir na consolidação das entidades de classe de enfermagem (sindicatos, associação e conselho profissional), ao serem moldados de acordo com os interesses do capital. Isso poderá gerar o enfraquecimento dos sindicatos, ao promover o esvaziamento de suas dependências, e a perda da identidade dos conselhos de enfermagem e das associações de enfermagem, que também seriam subordinadas aos ditames do mercado.

O neoliberalismo impacta o trabalho no setor saúde, que atualmente está sofrendo devido à lógica do mercado capitalista, do ponto de vista de atuação mínima do Estado. Alteram-se, assim, as formas de produção em saúde, com reflexos no processo de trabalho nesse setor, no qual se observa uma grande intensificação da terceirização dos serviços, bem como uma precarização das condições de trabalho (PIALARISSI, 2017).

Os profissionais de enfermagem têm sofrido agravos na saúde provenientes do ambiente de trabalho, da sua organização e das atividades executadas, o que vem acarretando prejuízos a inúmeras instituições empregadoras e assistenciais de todo o mundo (SILVA et al., 2016).

Tal fato pode ser explicado pelo grande quantitativo de trabalhadores de enfermagem do sexo feminino, vistos pela ótica da docilidade, ideia defendida no início do século passado.

As questões voltadas ao gênero, na enfermagem, possuem uma importância única, visto que explicam a ocorrência de conflitos existentes no campo profissional, entre as atividades médicas e as de enfermagem, já que na primeira há um quantitativo maior de homens (BAZZARELLI; AMORIM, 2010).

Ademais, historicamente as práticas de cuidado sempre foram direcionadas ao sexo feminino. Portanto, existe uma lenda em relação ao que se refere ao lugar social da mulher, conferindo-lhe uma posição de inferioridade determinada pela sua aproximação na natureza. Ao mesmo tempo, surgiram obstáculos na inserção dos homens na enfermagem, o que acabou por instituir uma divisão sexual do trabalho, haja vista que inúmeras escolas de enfermagem possuíam, como pré-requisito para frequentar suas aulas, ser do sexo feminino (BAZZARELLI; AMORIM, 2010).

Apesar de a enfermagem ter sido formada culturalmente como uma prática assexuada, exercida exclusivamente por mulheres, nota-se que os homens estão cada vez mais presentes na profissão, rompendo-se os estereótipos de gênero ligados à prática do cuidado.

Cabe ainda frisar que, além da divisão sexual do trabalho na enfermagem, foi feita também a divisão social, constatada a partir hierarquização da profissão em categorias diversificadas (enfermeiras e técnicos de enfermagem), configurando, então, uma relação de desigualdade (BAZZARELLI; AMORIM, 2010).

Ademais, esses trabalhadores expõem-se às mais variadas situações de riscos ocupacionais, executando um número enorme de atividades efetuadas cumulativamente, com jornadas de trabalho prolongadas e desenvolvidas em espaço físico inadequado, com ventilação e iluminação deficientes. Observa-se ainda a falta ou a inadequação de materiais e equipamentos para trabalhar com segurança, havendo muitas vezes improvisação e adaptação de materiais (SOUZA et al., 2009).

A intensificação da exploração da força de trabalho através das novas tecnologias duras ou, até mesmo, pela nova forma de organização da produção e o trabalho tem sido uma característica importante desse novo padrão de acumulação do capital (DRUCK, 2011).

A enfermagem representa um grande quantitativo de profissionais que estão inseridos em várias áreas de atuação no trabalho em saúde. Na enfermagem, existem diversas categorias (enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem), cada qual com atribuições próprias e distintos níveis de instrução. Essa categoria sofre ações desencadeadas pelo mundo do trabalho, como a implementação de tecnologias e a precarização dos recursos humanos e materiais, além das transformações na forma como se executa o cuidado, as quais modificam

o processo de trabalho da enfermagem, aumentando a pressão sobre o trabalhador em relação a seu desempenho e a sua capacitação (GONÇALVES et al., 2015).

O trabalho da enfermagem, além desgastante e desvalorizado, como visto nos fatores de riscos já elencados, apresenta também competitividade, acúmulo de funções, insegurança de manutenção do trabalho, repetitividade, monotonia e experiência profissional insuficiente (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

O emprego da tecnologia no ambiente hospitalar, local de maior concentração da força de enfermagem, altera o modo operatório da categoria, aumentando a pressão por capacitação, produtividade e excelência no desempenho, o que leva a equipe de enfermagem a se distanciar do seu núcleo de trabalho, o cuidado. Por outro lado, verificam-se a ampliação da desvalorização do trabalho, o aumento do desemprego, a intensificação do trabalho precário e o estabelecimento de vínculos empregatícios frágeis, como contratação e terceirização (DAVID et al., 2009; LORENZETTI et al., 2014).

Assim, os profissionais de enfermagem vêm sofrendo com incertezas no trabalho, devido a contratos precários de trabalho, terceirização dos serviços, perda de direitos trabalhistas, desemprego estrutural, condições adversas de trabalho, sucateamento da máquina pública e carência de trabalhadores e de equipamentos, o que provoca sofrimento psicofísico e aumenta a vulnerabilidade às doenças ocupacionais. É esse o quadro que se apresenta no contexto hospitalar no qual os profissionais de enfermagem estão inseridos. Logo, esses profissionais são levados a realizar suas atividades improvisando insumos e negligenciando seu cuidado, o que desencadeia o sofrimento laboral (GONÇALVES et al., 2015; SOUZA et al., 2009).

Estar numa instituição em que as condições laborais são indignas para a realização de sua atividade pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos psicofísicos, decorrentes do estresse gerado por tais condições.

Mas o desemprego que assola o mundo gera insegurança nesses trabalhadores, fazendo com que eles se submetam a qualquer forma de regime de trabalho, inclusive os precários, podendo gerar futuramente adoecimento e acidentes de trabalho. Dessa maneira, muitos profissionais de enfermagem têm procurado se especializar, para obter uma melhor colocação, e aceitado baixas remunerações e longas jornadas de trabalho (ANTUNES, 2011).

A contratação de profissionais por contratos precários é consequência da ideologia neoliberal, reduzindo, muitas vezes de forma drástica, o quantitativo de profissionais concursados. O aumento no número de profissionais contratados possui o intuito de reduzir os

gastos com a folha de pagamento e espoliar ao máximo os trabalhadores, o que resulta em sobrecarga e desgaste dos mesmos (GONÇALVES et al., 2013).

No entanto, na década de 1990, ocorreram mudanças em relação ao processo de trabalho em saúde. Iniciou-se, nesse período, um processo de valorização do trabalho vivo, que toma forma e materialidade no momento em que ocorre a interação entre, de um lado, o profissional e, de outro, o usuário do serviço e suas subjetividades. Nesse sentido, o trabalho vivo consegue relacionar-se com inúmeras tecnologias que orientam as ações para uma lógica assistencial específica, atribuindo sentidos ao modo de produção do cuidado (FRANCO; MERRY, 2008).

As tecnologias em saúde podem ser divididas em três tipos: as duras, que se referem a instrumentos, equipamentos e normas; as leve-duras, que se relacionam ao conhecimento técnico estruturado; e as leves, que se fundamentam nos processos relacionais. Assim, a opção pelo tipo de tecnologia que deve ser utilizado no processo de trabalho perpassa pela dimensão pessoal e pela estrutura institucional do serviço de saúde (FRANCO; MERRY, 2008; MARTINS; FRANCO; MERRY, 2009).

Nessa perspectiva, a alteração do modelo produtivo através do uso de novas tecnologias leva à reorganização produtiva; no entanto, isso não significa mudança no núcleo tecnológico da assistência (FRANCO; MERRY, 2008). A obstetrícia iniciou um processo de reorganização do processo produtivo do cuidado, ao valorizar o trabalho vivo através da implantação de práticas humanizadas, nas quais as enfermeiras obstétricas se sentiram impelidas a implementarem a desmedicalização como forma de cuidado, o que levou ao deslocamento do foco do trabalho morto para o vivo. Assim, o uso das tecnologias não invasivas de cuidado contribui significativamente para a reorganização do trabalho obstétrico.

3 **METODOLOGIA**

3.1. **Tipo de estudo**

Segundo Minayo (2012), a metodologia de pesquisa inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador. De acordo com a mesma autora, a metodologia deve dispor de um instrumental coerente, elaborado de tal forma que seja capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Nessa perspectiva, e considerando também a especificidade do objeto deste estudo, esta pesquisa tem uma abordagem de natureza qualitativa, por envolver as subjetividades das relações estabelecidas pelas enfermeiras obstétricas nos diferentes espaços da socialização profissional.

Para Chizzotti (2009), a pesquisa qualitativa está intrinsecamente articulada aos aspectos subjetivos do fenômeno investigado, ocorrendo através do relato das experiências e das relações humanas, e pelas leituras e releituras dos significados humanos sobre o que se está pesquisando. Parte do fundamento de que, entre o mundo real e o sujeito, há uma relação dinâmica na qual o conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; antes, o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

As pesquisas de abordagem qualitativa, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores. Assim, elas propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos.

Dessa maneira, a escolha pela pesquisa qualitativa revela-se apropriada por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO et al., 2011). Assim, podem-se compreender as práticas e os discursos enquanto ações humanas objetivadas, oriundas de interações sociais, uma vez que as particularidades do meio exprimem aos sujeitos traços peculiares que são desvelados a partir dos significados que ele estabelece (TRIVIÑOS, 2009).

A pesquisa do tipo descritiva objetiva expor características de um fenômeno, sem a necessidade de explicá-las (TOBAR; YALOUR, 2001). Assim, tal metodologia procura alinhavar as características de uma população ou um fenômeno, levantando atitudes, opiniões e crenças de um determinado grupo, possuidor de características comuns. Além disso, pode ser utilizada para proporcionar uma nova visão a respeito do problema encontrado (GIL, 2008), exatamente o que se pretende neste estudo.

O estudo de caráter exploratório "destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes" (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011, p.34). Entende-se ainda que as pesquisas exploratórias "têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores" (GIL, 2008, p.27).

A tipologia deste estudo se mostra adequada à apreensão do objeto de estudo e revelou estar em consonância com os objetivos determinados, uma vez que trata de uma temática pouco investigada nas pesquisas em enfermagem e merecedora de uma atenção especial, permitindo abrir caminhos para se repensar novas possibilidades para o trabalho da enfermeira obstétrica.

3.2. **Participantes do estudo**

As participantes do estudo são vinte enfermeiras obstétricas que trabalham em maternidades da rede pública, na cidade do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão dessas profissionais são: a) ter tempo de atuação no cenário igual ou superior há um ano, pois se acredita que esse é um tempo suficiente para os trabalhadores apreenderem a organização do trabalho na unidade e de terem a oportunidade de desenvolver uma percepção acerca das condições laborais dos trabalhadores do cenário (DEJOURS, 1994); b) atuar como enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro; c) ser especialista em enfermagem obstétrica; c) ser do quadro permanente da instituição (estatutário) ou celetista (contratado); d) trabalhar em regime de turnos (serviço diurno e/ou noturno) ou parcial (manhã ou tarde). Foram excluídas as enfermeiras atuavam exclusivamente em maternidades particulares, no município do Rio de Janeiro.

A fim de realizar a coletar os dados, foi empregada a técnica da Bola de Neve, também conhecida como amostragem em Bola de Neve, ou, ainda, cadeia de informações (ALBUQUERQUE, 2009; PENROD et al., 2003).

Dessa maneira, a princípio foram escolhidas três enfermeiras obstétricas que atuavam nas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro e fizeram pós-graduação em enfermagem obstétrica, na ENF/Uerj e que atendiam aos critérios de inclusão desta pesquisa.

Ressalta-se que, para iniciar a técnica de Bola de Neve, utilizaram-se as egressas do curso de especialização em enfermagem obstétrica da Uerj, pela facilidade de obtenção dos endereços eletrônicos e contatos telefônicos.

Os nomes dessas três primeiras participantes foram solicitadas à coordenação de pós-graduação da instituição do referido curso. Essas profissionais selecionadas indicaram outras enfermeiras obstétricas, que satisfaziam os critérios de seleção do estudo, atendendo aos princípios da técnica de Bola de Neve.

Segundo Coleman (1959) e Goodman (1961), essa técnica não utiliza um sistema de referência, e sim uma rede de amizades dos membros existentes na amostra. É uma metodologia em que se utiliza a forma de amostra não probabilística[7] empregada em pesquisas sociais nas quais os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que, por sua vez, apontam outros novos participantes, e assim sucessivamente, até que o objetivo proposto seja alcançado, ou ocorra a saturação, atingida quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WORD HEALTH ASSOCIATION, 1994). A Bola de Neve é um método de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede.

A saturação dos dados utilizada nessa pesquisa apoia-se em Minayo (2013), para quem o critério numérico dos participantes da pesquisa qualitativa é uma preocupação menor, pois a maior relevância é a qualidade, e não a quantidade, dos depoimentos dos informantes, sendo esse o parâmetro determinante para delimitar o número de participantes no estudo.

A forma mais confiável na aplicação de uma pesquisa em cadeias de referência é aquela que consegue colher o maior número de informações sobre todos os componentes da rede (*complete network design*) ou que se vale de uma amostra aleatória dos participantes (*local network design*). Contudo, frequentemente isso não é viável ao pesquisador; nesses

[7] A amostra não probabilística é obtida a partir do estabelecimento de algum critério de inclusão, e nem todos os elementos da população-alvo têm a mesma oportunidade de serem selecionados para participar da amostra. Esse procedimento torna os resultados passíveis de não generalização (BICKMAN; ROG, 1997).

casos, a técnica Bola de Neve é desaconselhada, exatamente por utilizar a abordagem em cadeias (ALBUQUERQUE, 2009).

3.3. **Técnica de coleta de dados**

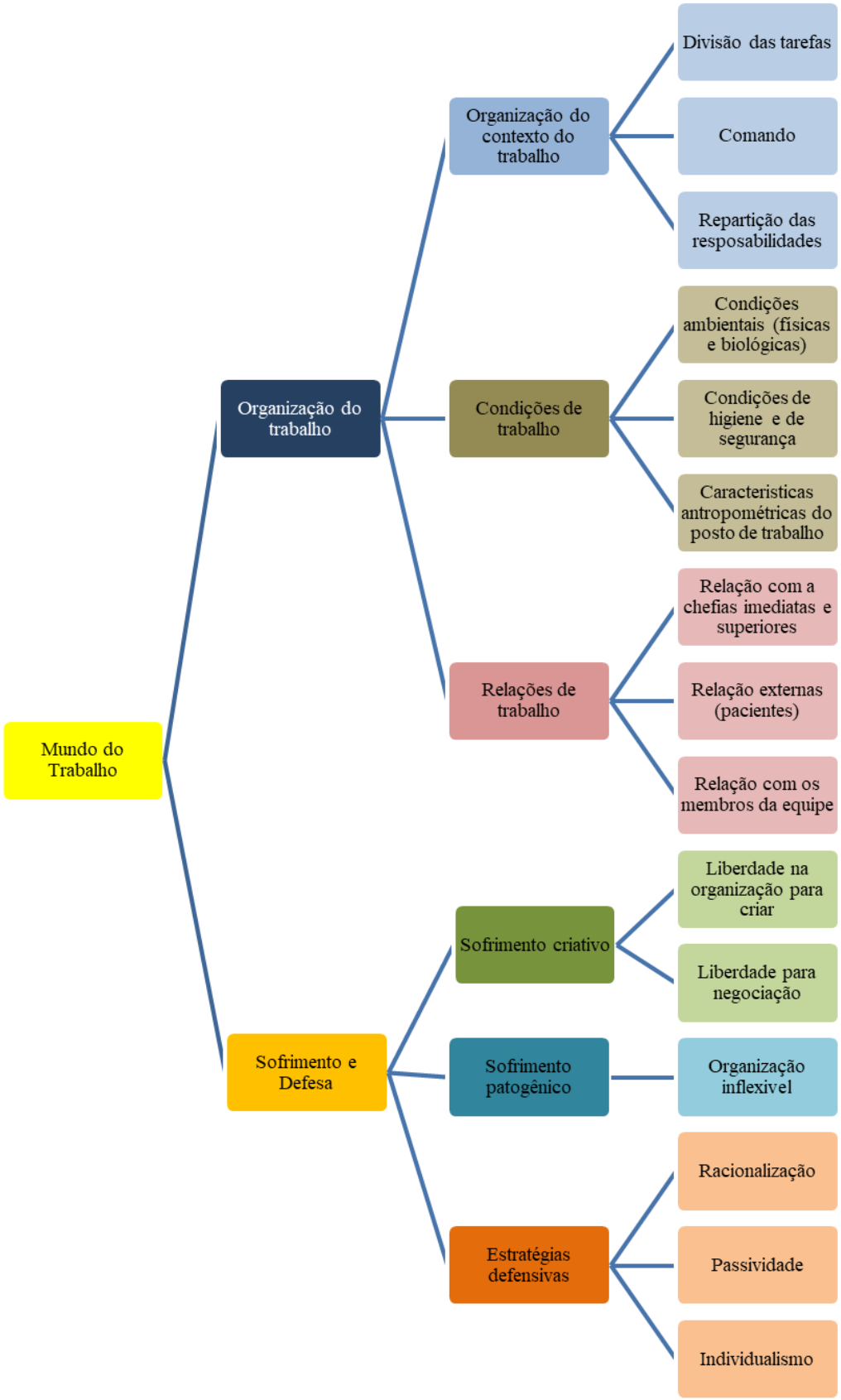
Para desenvolver a proposta de investigação, utiliza-se a entrevista individual do tipo semiestruturada; nesse sentido, “a entrevista é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (RAMPAZZO, 2004, p.110). Já para Gil (2008), a entrevista permite que o investigador se apresente ao investigado, fazendo perguntas com o intuito de obter dados que interessem à pesquisa.

A escolha pela entrevista fundamenta-se no fato de ela possibilitar que o pesquisador articule a entrevista com perguntas previamente formuladas e aborde livremente o tema em profundidade, favorecendo um diálogo intenso, correspondido entre entrevistador e informante (MINAYO, 2013).

A coleta de dados por meio de entrevista foi efetuada de junho a setembro de 2018, somente após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O instrumento é composto de duas partes: a primeira objetiva a caracterização dos participantes do estudo (APÊNDICE A), com perguntas fechadas e abertas para a melhor compreensão da problemática estudada e para se traçar um perfil dos participantes; a segunda parte é composta por questões abertas que possibilitaram ao entrevistado discursar acerca do objeto de estudo (APÊNDICE B). Essa parte do instrumento foi elaborada a partir das categorias teóricas de Dejours, conforme figura 3, a seguir.

Figura 3 – Esquema sinóptico teórico de Dejours baseado em Bueno e Macêdo (2012). Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

Anterior à coleta dos depoimentos, foi realizado um teste-piloto com três enfermeiras obstétricas em uma das unidades da SMS-RJ. Foi possível identificar que o instrumento estava adequado para atingir os objetivos do estudo. Esses depoimentos não foram incluídos no estudo.

As entrevistas foram realizadas em sua maioria, nas unidades de saúde, de acordo com a disponibilidade das participantes, após convite e agendamento, e foram gravadas por meio de gravador digital (MP5 player). Ao término de cada entrevista, foi feita a transcrição. Somente o pesquisador e o orientador do estudo têm acesso às entrevistas na íntegra. Todas as informações decorrentes dessas entrevistas foram arquivadas pelo pesquisador e ficarão armazenadas por um período de cinco anos, após o qual serão destruídas.

3.4. **Aspectos éticos do estudo**

A fim de garantir os preceitos éticos, a pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/SR2/Uerj, tendo o presente estudo sido aprovado pelo CEP sob o número de parecer 2.545.503 e CAAE número 81886217.1.0000.5282, em 15 de março de 2018, conforme Anexo.

Cada participante da pesquisa recebeu e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), que estabelece condições para que pudesse manifestar sua aceitação ou recusa em participar da pesquisa, sem que haja dúvidas, mostrando-lhes que a recusa não lhes traria quaisquer prejuízos, além de assegurar o anonimato, a liberdade e o sigilo nas informações a serem divulgadas por meio desta pesquisa, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2012).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2011), os envolvidos na entrevista precisam ter segurança, no sentido de que a participação e/ou informações oferecidas aos pesquisadores não venham a ser, de alguma maneira, utilizadas contra eles. Assim, após lerem e compreenderem as informações propostas no estudo, foi-lhes dada a oportunidade para esclarecerem as dúvidas que porventura ainda existissem. Após essas etapas, procedeu-se a coleta de dados.

Ainda a fim de manter o anonimato e com a finalidade de impedir qualquer tipo de ligação entre o conteúdo das entrevistas e as participantes nos resultados, as mesmos foram identificados por um código de letras e números (EO1, EO2, EO3, e assim sucessivamente,

pois se tratam de enfermeiras obstetras), seguindo a ordem cronológica das transcrições das entrevistas.

As informações coletadas foram transcritas, analisadas e interpretadas à luz da Análise Temática de Conteúdo (BARDIN, 2011), método caracterizado por ser um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo presta-se à compreensão do sentido da comunicação, mas também desvia o olhar analiticamente para outra significação, outra mensagem, que pode ser de natureza psicológica, sociológica, política e/ou histórica. Nessa perspectiva, Minayo et al. (2012) entendem que existe a necessidade de realizar articulações entre os dados e os referenciais da pesquisa, para, assim, construir as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

3.5. **Técnica de análise de dados**

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de obter, através dos procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (sejam quantitativos ou não) que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (OLIVEIRA, 2008).

Foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática, método no qual os discursos são decompostos em unidades de registro formadas por núcleos temáticos, frases que possuam ligação com o objeto de estudo. A análise temática consiste em descobrir o núcleo do sentido que compõe a comunicação e como a frequência de aparição pode significar algo a respeito do objeto de análise (BARDIN, 2011).

As fases de análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: i. a pré-análise, em que se realiza a organização do material, tendo como primeira atividade a leitura flutuante e a preparação para o processo analítico; a exploração do material e a interpretação; ii. a exploração do material, em que se utilizam as operações de codificação, decomposição e/ou enumeração em função de regras previamente estabelecidas; e iii. o tratamento dos

resultados, em que se realizam a inferência e a interpretação dos dados à luz dos teóricos escolhidos (BARDIN, 2011).

Na construção das unidades de registro (UR), os depoimentos são submetidos aos critérios de representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência, após o que as UR são agrupadas em unidade de significação e depois em unidades temáticas, que são submetidas à inferência e à interpretação, que possibilitam a construção das categorias e subcategorias do estudo.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo critérios previamente estabelecidos. O critério de categorização adotado é o semântico, sendo agrupadas as unidades de significação por categorização temática (BARDIN, 2011).

Para a interpretação dos dados obtidos, utiliza-se como referencial teórico as contribuições da Escola Dejouriana, com foco na dimensão subjetiva das relações laborais, apoiando-se em uma teoria social (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

A partir da análise das entrevistas, teve início a elaboração das categorias, que conta com um total de 2.188 UR, representadas por 19 unidades de significação/temas (APÊNDICE D). A partir disso, foram elaboradas quatro categorias de análise intituladas (APÊNDICE E):

a) **1ª Categoria**: As complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado.

b) **2ª Categoria**: As condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar.

c) **3ª Categoria**: Os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas.

- **Subcategoria 1**: O trabalho da enfermeira obstétrica como fonte de prazer e sofrimento;
- **Subcategoria 2**: O presenteísmo no trabalho das enfermeiras obstétricas.

d) **4ª Categoria**: As relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa.

4. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Antes de analisar e discutir os resultados qualitativos do estudo, referentes às categorias que emergiram após a aplicação da técnica de análise de conteúdo temática, apresenta-se o perfil dos participantes, construído a partir dos dados socioprofissionais informados no instrumento de coleta de dados (frequência absoluta e relativa). Tais informações contribuíram para a compreensão e o fortalecimento de alguns achados referentes ao objeto deste estudo.

Tabela 1 – Perfil profissional das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. (Continua)

	Quantidade (N)	**Frequência (%)**
Sexo		
Feminino	20	100
Faixa Etária		
De 25 a 34 anos	12	60,0
De 35 a 44 anos	5	25,0
De 45 a 54 anos	2	10,0
De 55 a 64 anos	1	5,0
65 anos ou mais	0	0
Estado Civil		
Solteiro	5	25,0
Casado	9	45,0
União Estável	4	20,0
Divorciado	2	10,0
Viúvo	0	0
Tempo de Formação em Obstetrícia		
Menos de 1 ano	0	0
De 1 a 2 anos	2	10,0
De 3 a 4 anos	5	25,0
De 5 a 6 anos	5	20,0
De 7 a 8 anos	1	5,0
De 9 a 10 anos	3	15,0
De 11 a 12 anos	1	5,0
13 anos ou mais	3	10,0
Provedora principal da família		
Sim	8	40,0
Não	12	60,0

Fonte: O Autor, 2019.

Tabela 1 – Perfil profissional das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. (Continuação)

	Quantidade (N)	Frequência (%)
Função		
Assistencial	18	90
Assistencial e ensino	01	5
Gerência e assistencial	01	5
Escolaridade		
Pós-Graduação *lato sensu*	15	75
Mestrado	4	20
Doutorado	1	5
Tipo de Contrato		
Estatutário (exclusivamente)	5	25
CLT (exclusivamente)	6	30
Estatutário e autônomo	3	15
Estatutário e CLT	5	25
Autônoma, estatutário e CLT	1	5
Número de vínculos empregatícios		
1	8	40
2	10	50
3	2	10
Trabalho fora do campo obstétrico		
Sim	4	20
Não	16	80
Tipo de jornada nesta unidade		
Plantão diurno	11	55
Plantão noturno	4	20
Diarista	3	15
Plantão diurno e plantão noturno	2	10
Regime de Plantão		
12x60h	19	95
12x36h	1	5
Carga horária semanal considerando todos os empregos		
30h	3	15
40h	5	25
60h	9	45
Acima de 60h	3	15
Faixa salarial (Salário mínimo R$ 937,00 em 2018)		
2 a 4 salários	4	20
5 a 7 salários	9	45
8 a 10 salários	3	15
Acima de 10 salários	4	20
8 a 10 salários	3	15
Acima de 10 salários	4	20

Tabela 1 - Perfil profissional das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. (Conclusão)

	Quantidade (N)	Frequência (%)
Uso de medicamentos		
Sim	2	10
Não	18	90
Medicamento utilizado		
Anticoncepcional	2	10
Problema de saúde		
Sim	2	10
Não	18	90
Tipo de problema		
Bronquite	1	5
Litíase renal de repetição e rinite alérgica	1	5
Tratamento de saúde		
Ansiedade	1	5
Afastamento do trabalho nos últimos 12 meses		
Sim	4	20
Não	16	80
Motivo do afastamento		
Pré-eclâmpsia na gestação	1	5
Gripe	1	5
Virose não especificada	1	5
Fratura no pé direito - acidente doméstico	1	5

Fonte: O Autor, 2019.
Nota: Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Foram entrevistadas vinte especialistas da enfermagem obstétrica, todas do sexo feminino, indo ao encontro do perfil e trajetória histórica e cultural da enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011; GASPARINO; GUIRARDELLO; AIKEN, 2011; PANUTO; GUIRARDELLO, 2013).

Na enfermagem, a predominância de mulheres é um fato comum, é descrito em inúmeros estudos, reproduzindo uma particularidade histórica da profissão, a qual é exercida, em sua maioria, por mulheres (MACHADO et al., 2015; SOUZA et al., 2014;). Historicamente, as profissões que têm como características a delicadeza, a fragilidade e a subordinação, são concebidas como femininas, fato ocorrido com os ofícios da enfermagem e do magistério (CARRIERI et al., 2013). Apesar disso, tem-se hoje uma mudança no perfil de trabalhadores de enfermagem, essencialmente, nas especialidades, com o ingresso dos homens no quadro.

A faixa etária predominante foi a dos 25 aos 34 anos de idade, intervalo etário na qual se encontra a maior parcela da população economicamente ativa brasileira; dessa forma, está em consonância com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Em relação ao estado civil, cinco (25%) participantes são solteiras, nove (45%) são casadas, quatro (20%) estão em união estável e duas (10%) são divorciadas. Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) (2011) identificou que o estado civil da maioria dos profissionais de enfermagem é solteiro, dados que vão de encontro aos apurados no presente estudo.

Em relação ao tempo de formação, dez (50%) participantes possuem de três a seis anos. Observa-se que as especialistas são jovens, em pleno desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, técnicas e assistenciais, e buscam aumentar seu acervo de conhecimentos teóricos e práticos, a fim de permanecer no mercado de trabalho e alcançarem reconhecimento profissional (MACHADO et al., 2016).

Outro dado que se pode constatar é que oito (40%) entrevistadas são provedoras de suas famílias, indo ao encontro às pesquisas de Silva, Amazonas e Vieira (2010) e Cardoso et al. (2012), que evidenciaram a presença crescente da presença das mulheres como a responsáveis pelo sustento das famílias. Isso demonstra uma inversão na sociedade, com o homem deixando de ser o provedor e a mulher passando a responsável pelo lar.

A maioria das especialistas (18 – 90%) está voltada para as atividades assistenciais, demonstrando que essas profissionais estão realizando cuidados diretos com as mulheres em suas unidades, dado que, segundo Aued et al. (2016), está em contraposição a um modelo anterior, no qual as atividades estavam concentradas na dimensão administrativa. Segundo Rodrigues et al. (2017), isso pode ser decorrente também do maior número de ofertas de empregos nesse segmento e da possibilidade de acumulação de um maior número de vínculos.

Grande parte das participantes deste estudo (15 – 75%) só possui a pós-graduação *lato sensu*, destacando-se que todas relataram a escolha pela obstetrícia. Percebe-se que as profissionais buscam os cursos de especialização para atenderem de forma mais efetiva e com uma *expertise* diferenciada, visto que a organização na qual trabalham não exige especialização na área. Dessa maneira, o conhecimento torna-se um elemento essencial e é considerado um recurso necessário, já que o nível de escolaridade da mão de obra constitui-se em um indicador importante da qualidade da força de trabalho e do serviço ofertado (MOMM, 2004).

A maioria das profissionais (14 – 70%) deste estudo é estatutária, tendo sido admitidas através de concurso público. As instituições públicas são o reduto em que há mais

possibilidades de a enfermeira ascender a cargos de direção e de gerência, possibilitando também a sua aproximação as usuárias e permitindo maior reconhecimento e visibilidade (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

No entanto, dentre o total de entrevistadas, 12 (60%) possuem duplo ou triplo vínculo empregatício, que perpassa entre o trabalho autônomo e o regime de CLT, demonstrando a necessidade de realizarem uma complementação da renda, em decorrência da baixa remuneração, fato esse que vai ao encontro dos ideários neoliberais. Segundo Costa; Sant'Ana (2017), a multiplicidade de jornadas laborais deixa as enfermeiras mais suscetíveis a estresse, sobrecarga de trabalho, problemas de saúde (de ordem física e mental) e acidentes, podendo prejudicar a assistência as usuárias do serviço. Outro dado apresentado foi que 16 (80%) enfermeiras não realizam atividades laborais fora do campo obstétrico

A maioria das trabalhadoras (11 – 55%) exerce sua função no serviço diurno, em plantões de 12x60 horas, perfazendo uma jornada semanal igual ou maior que sessenta horas semanais, 12 (60%). O trabalho em turnos leva as especialistas a se organizarem para suprir as exigências da organização, impedindo-as de realizar atividades de lazer e o convívio familiar. Esse panorama pode gerar problemas de saúde, como estresse, fadiga, irritabilidade, e ocorrências de iatrogenias (MENDES; MARTINO, 2012; SILVA; ROTENBERG, 2011).

Nove (45%) das participantes recebem de cinco a sete salários mínimos, considerando-se todos os vínculos empregatícios. Dessa forma, a renda destas profissionais não atende as suas necessidades pessoais, visto que a remuneração não é compatível com as atividades e responsabilidades atribuídas a essa classe profissional. Assim, os baixos salários e a precarização das condições laborais podem impactar na autoestima e autorrealização dessas especialistas (OLIVEIRA et al., 2016; SILVA; ROTENBERG, 2011; VIEIRA et al., 2016).

Duas (10%) participantes fazem uso de anticoncepcionais, e duas apresentam patologias do sistema respiratório (bronquite e rinite) e litíase renal de repetição; apenas uma (5%) especialista declara realizar tratamento para ansiedade. Verifica-se, também, que quatro (20%) participantes encontravam-se com algum problema de saúde nos últimos doze meses.

A enfermagem é uma profissão que está exposta a condições de trabalho adversas, tendo que realizar suas atribuições de forma contínua, sendo física e psiquicamente desgastante, devido à sobrecarga de trabalho. Assim, esses profissionais estão mais suscetíveis à ocorrência de problemas respiratórios, cardiovasculares, urinários e de ordem mental (MARTINEZ; FERREIRA, 2012; MOREIRA, 2006; PILLETE, 2005; SANTOS; OLIVEIRA; SOUZA et al., 2011).

No entanto, não haver relatos de uso de medicamentos ou de realização de tratamento para alguma das patologias anteriormente citadas é um fato que necessita ser investigado para compreender o real motivo que as levam a tomar essa atitude.

Após a análise do perfil sociocultural, profissional e de saúde, discutem-se os dados qualitativos que resultaram da aplicação da técnica de análise de conteúdo.

Os resultados são apresentados em quatro categorias de análise, a saber: i. as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado; ii. as condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar; iii. os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas; e iv. as relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa, totalizando 2.188 UR gerais.

4.1 **1ª Categoria: as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado**

Nesta categoria, discutem-se as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras em maternidades públicas de unidades hospitalares. A mesma apresenta 349 UR, o que corresponde a 15,96% do total de UR construídas.

A organização do trabalho pode ser compreendida como a divisão do trabalho, o conteúdo da atividade (à medida que ele deriva dela), a hierarquia existente, os modelos de comando, as relações de poder envolvidas e as responsabilidades. Ela é resultante das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho (DEJOURS, 2015; DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Nessa perspectiva, o estudo evidenciou através das falas dos participantes que a organização do trabalho das enfermeiras em maternidades públicas tem relação com a divisão do serviço obstétrico instituído nessas maternidades. Desse modo, as falas apontam que os serviços obstétricos são compostos por pré-natal, triagem, acolhimento, grupo familiar e oficinas para gestantes. Neles, as enfermeiras obstétricas são distribuídas e exercem diversas atividades assistenciais:

> O serviço é dividido assim: são duas enfermeiras que fazem o pré-natal de baixo risco nesse ambulatório, e as outras três fazem uma divisão entre a triagem das

> pacientes, o acolhimento, os grupos de planejamento familiar, as oficinas pra gestantes e os demais atendimentos lá no ambulatório, e quando necessário fazemos os partos normais. (EO1)

> Na nossa unidade, as atividades são divididas entre as enfermeiras obstétricas dessa forma: uma parte fica responsável pelo atendimento, acolhimento e orientação nas oficinas, e outra parte no parto e depois há o revezamento. (EO20)

Esse modelo de atenção à gestante, que insere a enfermeira obstétrica nos diversos serviços de uma maternidade pública, vem sendo construído desde os anos de 1990, com a criação do SUS e a partir da implantação das ações contidas no PAISM, os quais estabeleciam diretrizes no sentido de facilitar o acesso das mulheres ao conhecimento e ao exercício de sua autonomia (SENTO SÉ; PROGIANTI; PEREIRA, 2016).

Nos anos 2000, a elaboração do Programa de Humanização do Parto e Nascimento consolidou a participação da enfermeira obstétrica no cuidado ao parto hospitalar, com o objetivo de implantar as práticas obstétricas menos intervencionistas, para reduzir os altos índices de cesarianas e, consequentemente, de mortalidade materna e neonatal (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

A inserção das enfermeiras obstétricas nas unidades também é decorrente da luta pelo processo de desmedicalização da gestação, do parto e do nascimento, para transformar o campo obstétrico brasileiro a partir da inversão de seu núcleo tecnológico focado no trabalho vivo e nas tecnologias leves de cuidado (PRATA, PROGIANTI, 2017; PRATA, PROGIANTI, DAVID, 2014).

Mais recentemente, com a implantação da Cegonha Carioca em 2009, houve o aumento quantitativo da participação das enfermeiras obstétricas na assistência à gestante na rede pública do município do Rio de Janeiro (PROGIANTI; PRATA; BARBOSA, 2015).

Nesse sentido, nas maternidades, a enfermeira obstétrica passou a realizar a estratificação do risco obstétrico e o acolhimento, que pode ser considerado um instrumento que possibilita a qualificação da escuta, a formação de vínculo e a resolutividade nos serviços (SENTO SÉ; PROGIANTI; PEREIRA, 2016).

Diante do exposto, entendemos que as diversas atividades exercidas pelas enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas do Rio de Janeiro seguem as diretrizes das políticas públicas. Nessas instituições, há outra complexidade a ser considerada, a coexistência de enfermeiras generalistas e especialistas em enfermagem obstétrica, exercendo atividades laborais conjuntamente no mesmo serviço obstétrico.

> Na nossa unidade, o quadro é composto por duas enfermeiras generalistas e três obstétricas. (EO11)

> Então, [...] temos nós duas como enfermeiras obstétricas e nós temos quatro enfermeiras não obstetras. (EO2)

Segundo apontam as falas acima, dependendo do serviço obstétrico, existem diferenças em relação à proporção quantitativa entre as enfermeiras generalistas e especialistas. Nessa direção, a evidência de que alguns serviços obstétricos priorizam a presença das enfermeiras generalistas faz refletir sobre a ausência de concursos públicos voltados para enfermagem obstétrica no município do Rio de Janeiro, e também aponta uma falta de prioridade na implantação do modelo obstétrico que o cuidado da enfermeira especialista representa. Nesse sentido, o quantitativo pode simbolicamente significar uma rejeição do serviço à implantação da política pública orientada pela desmedicalização da gestação, parto e nascimento.

No entanto, não se pode deixar de ressaltar que a inserção das enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas para a produção do cuidado especializado juntamente com as enfermeiras generalistas resultou na divisão técnica do trabalho das enfermeiras:

> Em geral, a maior parte das atividades burocráticas, como gerenciamento do setor, gerenciamento dos recursos materiais, dos recursos humanos e preceptoria das residentes, fica com a enfermeira generalista. E nós, as obstétricas, ficamos com a assistência as gestantes. (EO6)

Esses relatos demonstraram que as enfermeiras generalistas organizam a parte burocrática institucional, enquanto as enfermeiras obstétricas são responsáveis pelas atividades assistenciais onde se situa o cuidado direto às mulheres.

A enfermagem é dividida socialmente por séculos e tem se organizado em um modelo taylorista de administração científica do trabalho, alicerçando-se na cisão entre o trabalho manual e o intelectual. Segundo Dutra (2016), o trabalho intelectual é uma atividade mais valorizada em decorrência da necessidade de conhecimentos científicos; já o trabalho manual é menos valorizado e frequentemente exercido por pessoas de classe sociais menos favorecidas.

Nesse modelo e nessa perspectiva, à enfermeira incumbem a administração, a supervisão e o controle das atividades assistenciais e administrativas, considerados trabalho intelectual; e as práticas voltadas ao cuidado direto ao paciente são executadas pelos técnicos de enfermagem, consideradas trabalho manual (BARROS; HEROLD, 2013; DUTRA, 2016).

No contexto atual deste estudo, houve uma alteração na forma de execução do trabalho das enfermeiras nas maternidades, evidenciando-se que há uma divisão de trabalho entre as

enfermeiras. Assim, as enfermeiras generalistas são responsáveis pela parte burocrática e gerencial da unidade, oportunizando às enfermeiras obstétricas a possibilidade de realizarem cuidados diretos com as mulheres (ARAUJO-DOS-SANTOS, 2018). Nesse formato, a enfermeira generalista pode tanto apoiar a especialista, para que ela produza o cuidado direto na perspectiva desmedicalizada, quanto ser mais um elemento causador de conflitos interpessoais, levando-se em consideração a perspectiva hierarquizada dos hospitais.

O apoio mútuo apresentado pelas especialistas é muito importante para a formação de um sentimento de pertencimento de grupo, necessário para que as profissionais consigam vencer os desafios que a enfermagem enfrenta no cotidiano de trabalho, frente o modelo obstétrico hegemônico. Isso fortalece a coletividade e possibilita a criação de estratégias coletivas de defesa, frente às adversidades encontradas no campo.

Observa-se que o processo de trabalho das enfermeiras pesquisadas ainda se encontra com características do modelo de produção taylorista. Nesse sentido, como se pode notar, existem a divisão técnica do trabalho e o foco na produção (números de atendimentos).

As trabalhadoras, por estarem imersas no processo de trabalho com o foco no aumento da produtividade, não percebem que estão sendo manipuladas pela organização do trabalho para se sentirem no controle do sistema de produção. Nesse contexto, o estudo evidencia a existência de um processo de alienação, quando a enfermeira acredita ser responsável pela divisão laboral existente. Desse modo, a especialista não percebe que essa divisão ocorre propositalmente como forma de gerar uma maior produtividade e eficiência institucional.

> Quando eu estou com a enfermeira diarista, que comumente é generalista, eu divido algumas funções com ela, ela fica com o gerenciamento da unidade, dos recursos materiais, e eu tento me voltar para a questão da assistência ao parto e algum outro cuidado que necessite especificamente de uma obstétrica. (EO5)

O processo de alienação é fruto das estratégias defensivas, com o objetivo de enfrentar as pressões psicológicas do trabalho; no entanto, ele impede o trabalhador de buscar alternativas que alterem ou transformem a situação vigente (DEJOURS, 2015).

Desse modo, as participantes do estudo evidenciam alto nível de cobrança e pressão por produtividade impostas pela organização do trabalho, em decorrência da contratação pelo regime terceirizado das OS.

> Às vezes, o setor está muito cheio, a gente tem que dar conta de encaminhar as pacientes, e às vezes não tem vaga, as pacientes se internam muito cedo, mas tem que fazer, tem que produzir. (EO9)

> A OS que estou cobra bastante a gente, há uma pressão para que aumentemos a produção, o nosso atendimento (EO12)
>
> Aqui se tem muita pressão para a produtividade, muita, no atendimento e na classificação, porque [...] o Cegonha Carioca tem dez minutos para classificar essa mulher, a classificação tem que ser em dez minutos, então tem que seguir isso. (EO20)

A cobrança por maior produtividade é um efeito da terceirização do trabalho da enfermagem nas maternidades públicas; ela advém do toyotismo, modelo de produção caracterizado pela automatização, o *just-in-time*, o trabalho em equipe, a flexibilização, a terceirização, a subcontratação, o controle de qualidade total e a gerência participativa. Esse tipo de modelo iniciou-se nos países desenvolvidos e sua introdução também no mundo subdesenvolvido vem se acelerando (ANTUNES, 2000).

Segundo Parise e Soler (2016), a pressão por produtividade gera sobrecarga de trabalho, aumentando o estresse do trabalhador, devido a necessidade de se cumprirem as atividades e de se manter a qualidade do serviço prestado. Isto pode gerar impactos na qualidade de vida desses profissionais. Assim, deduz-se que a imposição pelo cumprimento das metas leva o trabalhador a reduzir a qualidade do serviço bem como a não se identificar com a tarefa executada.

A tática de intensificar a cadência do trabalho com controle do tempo pela organização faz com que o trabalhador não reflita sobre o seu labor, impossibilitando-o de questionar sobre sua tarefa. Dessa forma, ele se vê obrigado, consciente ou inconsciente, a formular estratégias defensivas para enfrentar as pressões psicológicas, levando-o a um processo de alienação e bloqueando quaisquer alternativas de transformação da realidade (DAL ROSSO; CARDOSO, 2015).

Ao dominar as relações de trabalho e ao ditar sua cadência, o capital anula as chances de a enfermeira obstétrica pensar acerca de suas tarefas; inicia-se assim um processo de alienação do cerne de sua atividade. Isso pode gerar, futuramente, um processo de indiferença com a cliente e fazer com que se perca o sentido de sua atividade.

Ressalta-se também que a pressão realizada pela organização do trabalho para aumentar a produtividade pode levar o trabalhador a executar sua atividade laboral de maneira insatisfatória, e essa insatisfação gera sofrimento (DEJOURS, 1999).

A cobrança por produtividade é realizada, muitas vezes, de maneira comparativa, entre instituições, na tentativa de fazer com que as enfermeiras obstétricas se sintam obrigadas a aumentar o número de atendimentos.

> Muitas vezes, somos cobradas por estarmos fazendo menos parto que a outra instituição. A cobrança é constante. (OE13)

Segundo Antunes e Praun (2015), esse é o mecanismo utilizado pela organização do trabalho como forma de controle e coerção do trabalhador. Trata-se, então, de um dispositivo utilizado pela gestão para garantir, por meio da pressão institucionalizada, o aumento da produção. Essa pressão para manter e promover o aumento do atendimento, associado ao aumento da qualidade no trabalho, pode prejudicar o desempenho laboral e a qualidade de vida dessas profissionais (SCOLARI; COSTA; MAZZILLI, 2009).

Ao comparar o trabalho das unidades de saúde, a organização do trabalho está realizando a violência psicológica que, segundo Vilela (2009), é o uso do poder de forma proposital contra uma pessoa ou uma coletividade, a fim de controlar ações, comportamentos e decisões.

No hospital, há o predomínio de uma rígida relação hierárquica, que beneficia a ocorrência dessa pressão psicológica sobre o profissional. Associando isso a um dimensionamento de pessoal precário, a insuficiência de materiais, a um ritmo de trabalho extenuante e a exigências cognitivas e emocionais múltiplas, ocorre o aumento da vulnerabilidade do trabalhador (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Essa pressão pode gerar no trabalhador o sofrimento mental em decorrência das pressões exercidas pela organização do trabalho. Para Dejours (2015), o sofrimento mental pode ser criado como a experiência subjetiva intermediária entre patologia mental descompensada e o bem-estar psicológico.

A pressão, a insatisfação, o medo de ser demitido e o estresse laboral podem levar o trabalhador a cometer atos inseguros e a ocorrência de iatrogenias. Segundo Nunes et al. (2010) e Linch, Laura e Fantin (2010), a insatisfação do trabalhador com a atividade que executa pode acarretar problemas para a organização, para o ambiente de trabalho e para a qualidade da assistência prestada, aumentando do absenteísmo e, consequentemente, influenciando de forma negativa os outros membros da equipe, o que resulta em prejuízo aos clientes, ao próprio profissional e à instituição.

Isso pode levar, a longo prazo, à redução na produtividade, desencadeando baixo desempenho laboral, dificuldades no cumprimento dos prazos estabelecidos e queda na concentração do profissional, o que poderá gerar perda do raciocínio lógico e ocorrência de

iatrogenias, situação não identificada pela presente pesquisa, corroborado por Carvalho et al. (2017).

Associado à pressão exercida pela instituição no que tange ao aumento da produção, há os relatos das enfermeiras que se sentem ameaçadas e com medo de uma possível demissão pela organização do trabalho, quando não é possível cumprir as ordens pré-estabelecidas.

> Porque tem a questão da demissão. Qualquer coisa que você possa fazer, se você não cumprir, você é demitido. A coordenação anterior mostrava que tinha muito medo de não acatar o que eles falavam, para não ser demitida. Assim, eu faço aquilo que o meu conhecimento técnico me permite, em benefício da paciente. Mas sempre tem essa questão de elas falarem que a gente tem que fazer alguma coisa para não ser demitido, é a questão burocrática, entendeu? Porque ali, na maioria das vezes, são pessoas que trabalham e só têm aquela renda, né? E aí se faz de tudo e tenta fazer o melhor e não deixar furos para que não ocasione uma provável advertência, ou, dependendo da situação, uma demissão. Então, dá medo de perder o trabalho. (EO6)

> Por ser OS, eles cobram muito, então, assim, a partir do momento que a coordenação é cobrada, eles cobram em cima da gente, porque tem o medo da demissão. Há pressão para atendermos mais pessoas, sim. Mas por não haver reconhecimento, eu acho que a gente meio que ignora um pouco isso, a gente fala que na verdade o que queremos é qualidade, a gente não quer é quantidade, né? (E07)

O receio de o trabalhador ser demitido é uma constante em seu dia a dia, devido à fragilidade dos contratos laborais. Apesar de serem regidos pela CLT e, consequentemente, possuírem direitos trabalhistas, os mesmos não têm liberdade para contestarem as ordens determinadas pela organização do trabalho, sentindo-se constantemente ameaçados.

O sentimento de insegurança faz com que realizem todas as atividades determinadas pelas chefias, independente de ser sua responsabilidade ou função. Para Dejours (2011), o medo no ambiente organizacional é sempre pautado nos processos de demissão e precarização dos serviços.

Assim, Seligmann-Silva (2011) afirma que o medo é fruto de um sistema de controle e poder dentro do ambiente laboral, havendo ainda duas formas de poder sobre as pessoas: a repressão explícita e a dominação sutil. A repressão explícita se configura nas ameaças de demissão por não cumprimento das exigências das organizações e a dominação; e a dominação sutil é muito mais ameaçadora, visto que se utiliza da manipulação de sentimentos como a amizade, a gratidão e a provocação de sentimento de culpa.

Essas características são muito bem representadas nas falas das enfermeiras obstétricas, que demonstram medo da demissão, devido ao não cumprimento das exigências da organização do trabalho, que promove pressão em decorrência de uma instabilidade empregatícia, visto que o Brasil apresentou 12.195 milhões de desempregados, segundo o

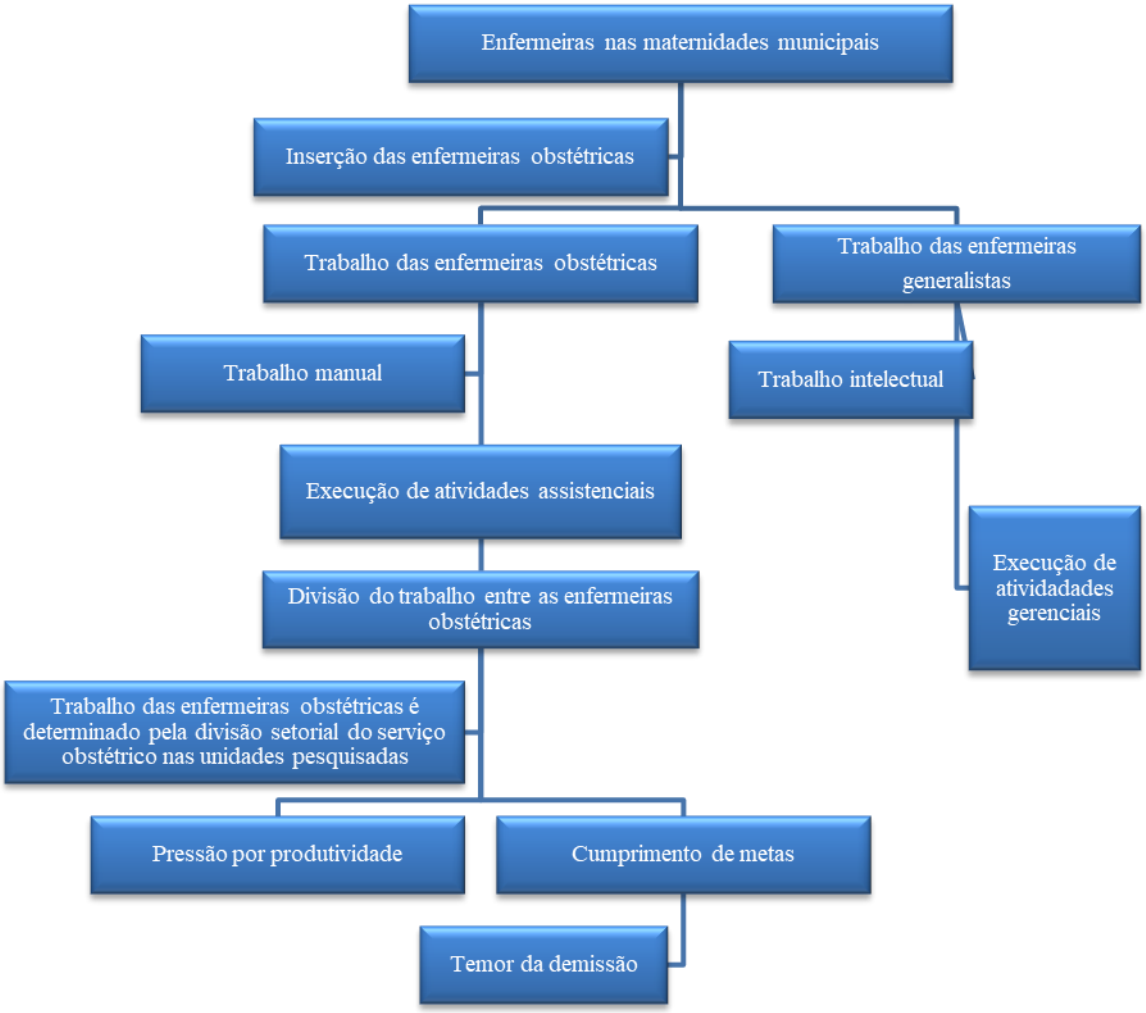
IBGE (2018). Esse temor é vivenciado inclusive pelas enfermeiras coordenadoras que ocupam cargos de chefias e são constantemente pressionadas a manter alta produtividade, sendo comumente reprimidas.

Percebe-se, então, que esse tipo de manipulação é uma das grandes armas utilizadas pelas empresas na atualidade e vai além do medo de perda do prestígio e de insucesso. Nesses relatos, o temor é a perda do emprego, do sustento de sua prole e de seu poder de compra, e o não cumprimento de seus deveres sociais.

Para Castelhano (2005), o medo se instala na mente do profissional como um alerta, e isso é determinado por uma autoridade ou por chefia, e tem demonstrado ser uma das mais eficientes formas de manipulação do trabalhador pela instituição. Segundo Dejours (2011), a pressão e a ameaça de uma possível demissão são poderosas ferramentas criadas pela organização do trabalho no controle e cerceamento de questionamentos do funcionário sobre sua realidade.

A organização do trabalho utiliza diversas formas de manipulação e controle das especialistas, no intuito de mantê-las com medo da perda do trabalho e do espaço que foi e está sendo conquistado a cada dia. A enfermagem obstétrica conseguiu há poucas décadas o direito de exercer sua atividade nas maternidades, através de lutas do movimento feminino e da introdução de políticas públicas voltadas para o parto e o nascimento. No entanto, cabe a essas profissionais repensarem os motivos que as levaram a participar desse campo, para não perderem a sua identidade e a sua essência. E, assim, lutarem contra essa lógica produtivista.

Figura 4 – Esquema sinóptico das complexidades da organização do trabalho das enfermeiras na produção do cuidado especializado. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

4.2 2ª Categoria: As condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar

Nesta categoria, analisam-se as condições de trabalho vivenciadas pelas enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar e que repercutem no processo de cuidado especializado. Ela foi construída com um total de 468 UR, o que corresponde a 21,39% do total de UR captadas.

As participantes destacam que há falta de recursos materiais, que são instrumentos necessários e importantes para a prática do cuidado obstétrico especializado.

> Faltam alguns materiais, por exemplo, a bola ultimamente a gente não tem porque furou. Acaba que a gente ganha muito por doação, as pessoas que doam as coisas, então, a bola furou e a gente está sem bola no momento. (EO7)

> Aqui nós trabalhamos com poucos recursos. A gente consegue aplicar alguns recursos tecnológicos de cuidado baseados em evidências, mas faltam o cavalinho, a bola suíça, coisas que a gente também não tem no momento, então atrapalha um pouquinho. (EO14)

Os materiais são considerados insumos de natureza física e que possuem durabilidade, sendo empregados na realização de atividades assistenciais aos clientes (GARCIA et al., 2012). A gerência de materiais na área da saúde deve ser destacada como um item fundamental, associada ainda às questões relacionadas ao processo administrativo das organizações, à falta de sistema de controle e de consumo, ao desperdício, ao custo e a itens vinculados à qualidade e segurança (ZULIANI et al., 2012).

Nessa perspectiva, entende-se que a falta de alguns materiais específicos compromete o cuidado especializado da enfermeira na perspectiva desmedicalizada. A bola é um material que contribui para a massagem perineal, movimento pélvico, descida e rotação do feto. O cavalinho, conhecido também como assento ativo, ajuda a rotação e descida do feto, assim como a banqueta (RAMOS, 2016). Para Duarte et al. (2019), a utilização desses materiais favorece o processo fisiológico e humanizado de gestar e parir, valorizando a mulher e reduzindo as intervenções desnecessárias.

Assim, materiais em quantidade e qualidade insuficientes nas maternidades é um indício de trabalho precário imposto à enfermeira obstétrica (DODOU et al., 2017) e demonstra a desvalorização do trabalho executado por essa especialista, pois, simbolicamente, oficializar a compra dos recursos materiais de uso específico na prática das enfermeiras

obstétrica seria também reconhecer institucionalmente essa especialidade no campo obstétrico.

Desse modo, muitas participantes deste estudo referem que utilizam constantemente seus próprios recursos financeiros para adquirir equipamentos e insumos para a realização dos cuidados no ambiente hospitalar.

> A gente vai comprando os materiais, os equipamentos necessários, não tudo, é claro, mas vamos comprando o que dá, e vamos dividindo os custos. Então, a gente está precisando de bolas suíças, óleos e aromas, por exemplo, aí a gente faz uma vaquinha e compra. (EO4)

> Nós que compramos os óleos essenciais, porque muitas vezes não tem. Então gasta-se com essas coisas aí, a gente que faz os cursos, a gente paga, a gente faz os treinamentos aqui entre nós mesmos, isso tudo é muito ruim. (EO9)

Pode-se, dessa maneira, compreender que as trabalhadoras utilizam estratégias coletivas de defesa para suportar a precarização dos recursos materiais através da compra dos mesmos. Para que as estratégias coletivas de defesa aconteçam, mesmo dependendo também de condições externas ao sujeito, o grupo precisa estar em consenso (DEJOURS, 2004).

No entanto, Mendes (2007) declara que as estratégias de adaptação ocorrem quando o trabalhador utiliza de subterfúgios para manter a produção, tornando-se submisso aos anseios da organização e mantendo o funcionamento do sistema de produção. Tal situação é vivenciada por essas profissionais, que, para poderem ter o mínimo de condições de trabalho, realizam a compra de materiais necessários à sua prática profissional.

O enfrentamento cotidiano dessas carências impacta no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas, desestimulando a adesão a um modelo mais pautado na integralidade (TRAD; ROCHA, 2011). O que pode ocorrer é um aumento do nível de desconforto entre as enfermeiras, gerando desgaste físico e mental, e necessidade constante de improvisação.

O fato de as trabalhadoras adquirirem materiais pode sanar, por um lado, as demandas mínimas para a realização de um cuidado mais adequado, possibilitando a realização de uma assistência humanizada. No entanto, demonstra-se para a unidade e para a SMS/RJ que não é necessária a aquisição desses materiais, visto que, sem tais insumos, a assistência pode ser realizada de forma aceitável.

A busca por uma assistência obstétrica de melhor qualidade, aproximando o trabalho prescrito do real, através da compra de materiais por conta própria, fragiliza sua importância perante a administração pública, visto que aparenta ser uma profissão de baixo custo, que cria e domina algum conhecimento científico.

Além da falta de materiais, evidencia-se, através da análise das entrevistas, que a estrutura física da unidade é obsoleta e as condições ambientais do hospital não são adequadas para a efetivação do cuidado especializado:

> A estrutura física que eu digo que é obsoleta. Então isso, para mim, é um fator negativo. Então, a estrutura física, sim, deixa muito a desejar. Por exemplo, o banheiro é muito ruim, não tem chuveiro, e nos que possuem, o chuveiro vive quebrando, tem que estar pedindo manutenção toda hora. (EO5)
>
> Uma coisa que a gente briga muito aqui é por uma estrutura física melhor, né? Os boxes, o fato de ter um banheiro e um chuveiro para todas as pacientes. E é impossível, ainda mais com a casa cheia. (EO9)
>
> É um hospital antigo, não foi preparado para esse modelo novo de humanização. Então, para você dar uma assistência adequada, baseada na humanização, fica bem mais complicado. Às vezes uma paciente não consegue ficar muito tempo no banheiro porque uma outra quer entrar. (EO15)
>
> A sala foi desativada devido ao calor, nós estamos sem manutenção há meses, os ares condicionados estão todos com defeito. Bem difícil. (EO20)

Nas falas, evidencia-se também que as condições físicas das maternidades contribuem para o processo de precarização do trabalho das enfermeiras, pois essas condições adversas levam desgaste aos profissionais que nelas atuam. Assim sendo, reconhece-se que a precariedade das instalações dos serviços de saúde é um problema recorrente, já que as unidades não apresentam infraestrutura adequada, desde ausência de espaços físicos, perpassando por pouca disponibilidade de equipamentos, até ambientes que expõem profissionais e pacientes aos diversos tipos de riscos (PINTO; MENEZES; VILLAS, 2010; SILVA, 2011; TRAD; ROCHA, 2011).

Isso compromete significativamente a qualidade dos serviços oferecidos à comunidade, colaborando para a ocorrência de um processo de desumanização do trabalho e, por vezes, para a insatisfação dos usuários (RODRIGUES et al., 2012).

As participantes declaram que há uma redução no quadro de profissionais de enfermagem atuando na assistência obstétrica e, simultaneamente, percebem o aumento da demanda de mulheres a serem atendidas.

> A questão da diminuição de profissionais também é muito ruim, porque se diminuiu o número de profissionais e aumentou a demanda. Com essa nova OS, houve redução de pessoal. Então, a gente acabou ficando com todo o trabalho e estou acumulando serviço. E o meu trabalho em si, às vezes, eu não consigo fazer. Entendeu? E isso é muito ruim. Reduziu o número de enfermeiras obstétricas e de técnicos de enfermagem também, porque eram seis técnicos de enfermagem e se diminuiu para quatro técnicos de enfermagem. Além da redução do quadro de enfermeiras generalistas. (EO6)

> Infelizmente, a gente tem uma defasagem de pessoal, de recursos humanos muito grande. Então, às vezes, é bem difícil trabalhar. (EO18)

A questão da redução do quadro de pessoal de enfermagem nas unidades de saúde do SUS se intensificou na década de 1990, através do ideário neoliberal que estimula ações para a instituição de um Estado mínimo (GONÇALVES et al., 2014).

Devido à intensificação do trabalho, a redução no quadro de enfermeiras pode levar ao comprometimento da manutenção da assistência com qualidade e à supervisão do serviço. Essa situação também coloca em risco a segurança do cliente, uma vez que diversas atividades podem ser negligenciadas devido ao excesso de tarefas a serem executas (VIEIRA et al., 2016).

Um fator agravante dessa problemática é a precarização das condições de trabalho, principalmente na área hospitalar, que, por nem sempre ter os recursos humanos e materiais necessários, ocasiona nos trabalhadores a intensificação do seu trabalho, insatisfação, desmotivação e absenteísmo, que são determinantes diretos da sua saúde e da qualidade do serviço ofertado. Uma das equipes mais afetadas com a precarização em seu processo de trabalho é a enfermagem, que realiza um trabalho contínuo, física e psiquicamente desgastante, devido à sobrecarga de trabalho, à especificidade da tarefa por cuidar de diversos pacientes e à diversidade de funções em termos gerenciais e assistenciais (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Como consequência da intensificação, constataram-se, ainda, relatos de existência de uma sobrecarga de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar, associado, em parte, à escassez de recursos humanos citada anteriormente:

> Olha, bem sinceramente, se a gente tivesse o quantitativo de profissionais, com todo mundo lá, sem ninguém de licença, até daria para a gente dividir bem o trabalho. Mas sempre tem falta de profissional, quando tem férias, e já aconteceu de duas pessoas estarem de licença-maternidade, uma de licença médica, e aí fica realmente sobrecarregado. (EO1)

> Então, assim, normalmente a gente tem, no mínimo, cerca de vinte pacientes no setor. São muitas pacientes para poucas técnicas e para poucas enfermeiras, então acaba que a gente não consegue, às vezes, dar uma assistência de qualidade pela quantidade de coisas que precisa ser feita. (EO7)

> Somos muito sobrecarregadas no serviço. Temos que dar conta de muitas atividades. São vários os processos de trabalho que a gente faz com aquelas mulheres, o trabalho acaba sendo bastante, né? Acaba sendo sobrecarregado. Em alguns momentos, a gente não consegue fazer uma refeição de intervalo de uma hora. Tem que tirar menos, senão o colega fica sem comer, né?, ou vai almoçar muito mais tarde. Então a gente sempre tenta se adequar, mas isso acaba sobrecarregando de qualquer forma. (E12)

Evidencia-se nas falas anteriores que as enfermeiras obstétricas se sentem sobrecarregadas por diversos motivos. Alguns destes estão relacionados aos inúmeros atendimentos diários e/ou ao elevado quantitativo de mulheres internadas, associado ao baixo número de profissionais para uma divisão equitativa do trabalho.

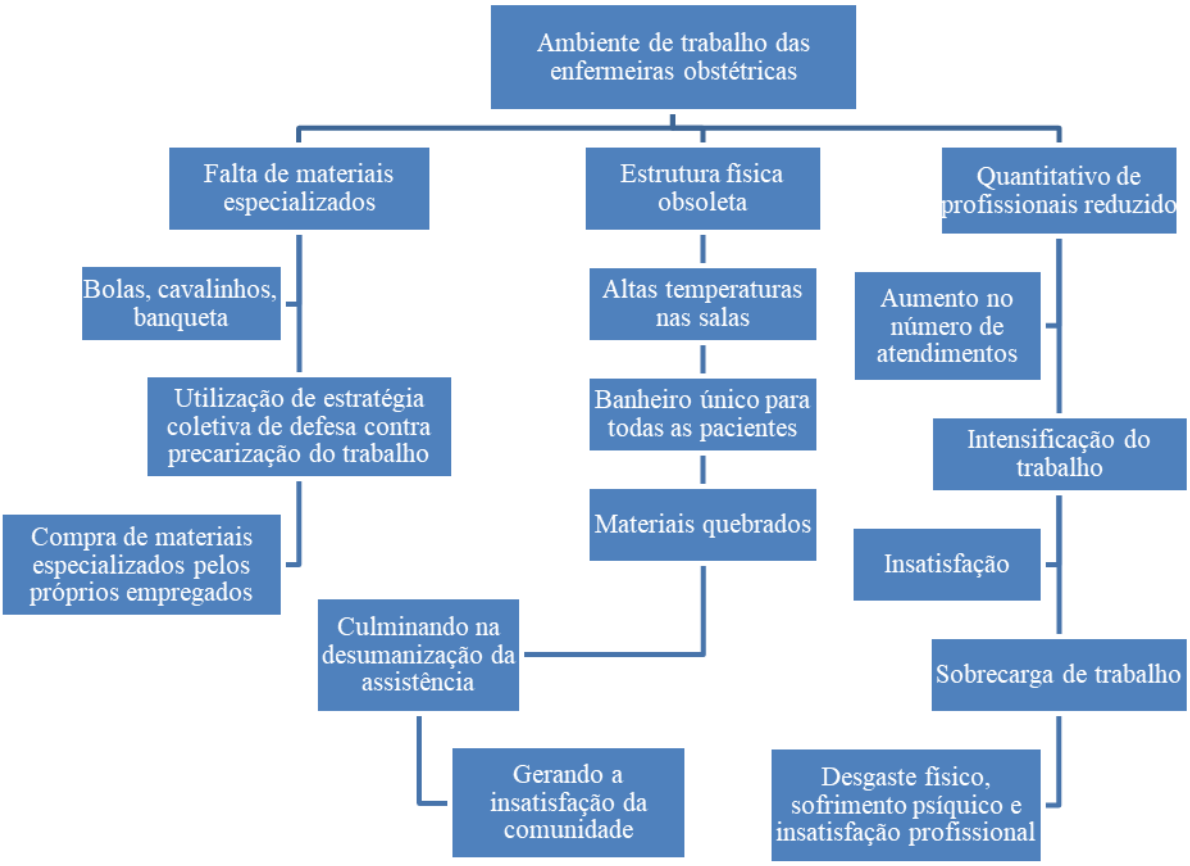
Desse modo, a sobrecarga pode gerar o cansaço e perda da atenção, levando a condições propícias para a ocorrência de iatrogenias que podem comprometer a qualidade do cuidado às mulheres e resultar em uma avaliação ruim do serviço prestado (NOVARETTI et al., 2014).

O excesso de atendimentos associado à superlotação da unidade pode, segundo Nicácio et al. (2016), causar nesses profissionais desgaste físico, sofrimento psíquico e insatisfação profissional, o que, de acordo com Vieira et al. (2016), pode levar a ocorrência do presenteísmo e futuramente do absenteísmo, aumentando o déficit de profissionais e a sobrecarga laboral.

Copelli et al. (2015) afirmam que a sobrecarga de trabalho a qual os trabalhadores são expostos produz um sentimento de que sua atividade está sendo realizada com qualidade inferior à que realmente poderia ser prestada, podendo caracterizar-se como fator gerador de sofrimento e insatisfação profissional.

As condições ambientais e de trabalho da maioria das instituições de saúde pública do país estão sofrendo um processo de sucateamento, que é considerado intencional, para que o capital possa mostrar a ineficiência do Estado e de seus membros, buscando, assim, a privatização das instituições.

Figura 5 – Esquema sinóptico das condições de trabalho das enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

4.3 **3ª Categoria: Os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas**

Esta categoria apresenta a maneira como o ambiente laboral se torna, ao mesmo tempo, fonte de prazer e sofrimento, podendo ainda levar o trabalhador ao adoecimento. Ainda se destacam as estratégias utilizadas para minimizar o ardor do trabalho. Essa categoria é composta por 662 UR (30,26%), distribuída em 2 subcategorias, conforme o Quadro 1:

Quadro – As interfaces do trabalho das enfermeiras obstétricas. Rio de Janeiro, 2019.

Subcategoria	Nº UR	UR %
O prazer e o sofrimento no trabalho da enfermeira obstétrica	357	16,32%
O presenteísmo no trabalho das enfermeiras obstétricas	305	14,04%

Fonte: O autor, 2019.

4.3.1. Subcategoria 1 - O trabalho da enfermeira obstétrica como fonte de prazer e sofrimento.

Essa subcategoria, com 357 (16,32%) UR, mostra que o trabalho exercido pelas enfermeiras obstétricas é permeado pela dualidade prazer/sofrimento.

O sofrimento psíquico é o conflito entre a pessoa e as determinações da organização do trabalho (DEJOURS, 2011). Dessa forma, compreende-se que as condições de laborais das enfermeiras, especificamente as enfermeiras obstétricas, podem gerar sofrimento, visto que essas trabalhadoras enfrentam sobrecarga de trabalho associada à precariedade do serviço. Assim, os relatos a seguir demonstram que a enfermeira obstétrica sente que sua força de trabalho é explorada pela organização.

> Eu me sinto, sim, explorada, porque você atende muito mais do que deveria, são muitas mulheres, muito além do que você poderia atender normalmente, ficamos esgotadas. (EO2)
>
> É uma palavra um pouco forte, mas às vezes você se sente até um pouco escravizada, porque todo mundo sai [os médicos], e aí volta quando o parto começa a acontecer, e você fica ali direto, não descansa e fica encurralada, é muita exploração. (EO3)

O processo de exploração da mão de obra gera o esgotamento físico e psíquico (DEJOURS, 2011). Isso é fruto de uma organização que possui um quantitativo reduzido de profissionais de enfermagem e carece de materiais importantes para o cuidado especializado, impossibilitando, assim, a realização das atividades profissionais com efetividade, o que pode gerar o sofrimento laboral.

O sofrimento oriundo da exploração do trabalho das enfermeiras obstétricas, associado ao fato de as mesmas não serem reconhecidas pela atividade que executam, pela instituição e pela população, gera angústia nas profissionais, conforme explicitado nas falas a seguir:

> Eu só gostaria de ter mais reconhecimento mesmo, principalmente onde eu não sou estatutária, um reconhecimento pela instituição e pela população. (EO8)
>
> Gostaria de ser reconhecida, de ter o nosso trabalho reconhecido, a gente ter uma valorização e isso a gente não tem aqui na instituição! Nós somos cobradas para dar assistência à mulher, à gestante e, assim, mas a gente não tem nenhum reconhecimento das mulheres ou institucional. (EO17)

Segundo Gernet e Dejours (2010), o reconhecimento é o ponto intermediário entre o sofrimento e o prazer no e pelo trabalho, e possui grande relevância para a manutenção da saúde mental do trabalhador diante da organização do trabalho. A falta de reconhecimento do trabalho desempenhado pela enfermeira obstétrica pode gerar insatisfação e um sofrimento em decorrência da não concretização de seus desejos e anseios.

Segundo Nunes et al. (2010), a insatisfação no trabalho é determinada por uma série de fatores negativos, dentre eles aumento da carga de trabalho, jornadas laborais extensas, salários inferiores à função exercidas e falta de reconhecimento social e profissional. Esse sentimento pode tornar-se generalizado e comprometer a assistência às pacientes, ao gerar o desgaste físico e psíquico da profissional. A medida em que a organização não permite que o profissional possa concretizar ou atender seus desejos ou suas necessidades em relação ao trabalho, emerge o sentimento de insatisfação laboral.

Por outro lado, o reconhecimento no trabalho é um fator para a autorrealização, ao permitir que a pessoa demonstre o seu próprio potencial e capacidade de desenvolvimento, o que pode levar os trabalhadores a um alto grau de motivação no trabalho (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), o julgamento da utilidade do trabalho desempenhado pelos pares, pela instituição ou pelo público a quem se destina a atividade é uma forma de reconhecimento. Assim, o ajuizamento é pronunciado pelo outro, podendo culminar ou no reconhecimento e na valorização do profissional, ou na desvalorização e no repúdio pelo trabalho executado, repercutindo negativamente na subjetividade do trabalhador.

A falta de reconhecimento pelo seu trabalho é demonstrada pela insatisfação das enfermeiras obstétricas quando relatam que não existe concurso específico para a especialidade no serviço público e que recebem baixos salários, o que as força a ter dupla ou tripla jornada de trabalho, para aumentarem a renda mensal:

> É muito mais fácil sermos só enfermeiras do que ser enfermeira obstetra, e o concurso é para a enfermeira generalista, então eles [a organização] cobram que sejamos enfermeiras obstétricas e não arcam, não pagam para isso! Por isso, somos mal remuneradas. Como os nossos salários são baixos, temos que trabalhar em vários lugares. (EO8)

> O meu salário é muito baixo. Porque eu acho que é uma responsabilidade muito grande. No caso, na Prefeitura, o nosso concurso é para enfermeira generalista, né? Nós ganhamos um salário muito baixo em relação a, né?, ao aos trabalhos de CLT aí fora. (EO9)

> Eu só acho que podia ser mais bem remunerado, pelas funções que executamos. Acaba que a gente não só assiste o parto; como nós não temos generalista são só três obstetras, a gente faz todo o papel do generalista, do obstetra. (EO12)

A inexistência de concursos públicos para servidores do quadro permanente em âmbito municipal é um fato simbólico que demonstra o não reconhecimento do trabalho da especialista da enfermagem e que gera precarização do trabalho relacionado ao cuidado especializado.

Nesse sentido, a falta de diferença salarial entre as enfermeiras obstétricas e as generalistas evita a ocorrência de disputas que poderiam advir da diferença salarial; mas podem ocorrer conflitos entre essas trabalhadoras devido ao sentimento de desvalorização da especialista, cujo trabalho não recebe o reconhecimento econômico nas maternidades.

A remuneração para o trabalhador representa, de um lado concreto, o sustento da família e o poder de honrar com suas dívidas; por outro lado, é uma forma de realização de sonhos e projetos de vida (DEJOURS, 2011).

A falta de reconhecimento que o trabalhador experimenta pode reduzir o seu potencial para o trabalho, desmotivá-lo e conduzi-lo à desmobilização, e, consequentemente, ao sofrimento no trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2011). Pode-se gerar, ainda, no individuo, a perda do sentido da atividade que executa. O sentimento de ter dispendido tempo e energia em vão diminui o potencial do trabalhador, desmotivando-o e conduzindo-o à desmobilização e, consequentemente, ao sofrimento no trabalho (MIORIN et al., 2018).

Em meio a todos os problemas apresentados, percebe-se que o trabalho, ao mesmo tempo em que gera insatisfação e sofrimento, pode também ser fonte de prazer e satisfação.

Para Dejours (2011), o trabalho é fonte de prazer quando traz sentido positivo para os trabalhadores. Desse modo, as participantes do estudo atribuem sentido ao que fazem quando conseguem aproximar o trabalho prescrito do trabalho real e quando conseguem ter afeto em relação às atividades laborais executadas, sentindo-se, assim, realizadas:

> O trabalho que realizo faz sentido para mim. Inclusive não me vejo em outra profissão, sinto-me muito feliz por colocar em prática tudo que sei. (EO1)

> Eu gosto muito do que eu faço. Eu falo para as pessoas que eu amo muito o que eu faço, sinto-me realizada. (EO6)

O trabalho prescrito é o conjunto de atividades previamente planejadas e organizadas pelo processo de trabalho específico, com suas singularidades. Corresponde a uma espécie de manual que atende as necessidades de orientação, burocratização e fiscalização. Pode ser

fonte de reconhecimento ou de repreensão aos que não obedecem. Já o trabalho real é a forma como o trabalho é de fato realizado, a maneira como a atividade sofre variações de um trabalhador para o outro. A distância entre o planejado e o executado é grande, pois na prescrição não é possível antecipar todos os problemas que surgem no trabalho (DIAS et al., 2018).

A satisfação no trabalho é um sentimento vinculado às várias facetas do labor, sendo um indicativo relacionado ao bem-estar fisiológico e/ou emocional (BHATNAGAR; SRIVASTAVA, 2012). As vivências de prazer originam-se do bem que o trabalho traz para o corpo, a psique e as relações interpessoais, e são oriundas das dimensões que estruturam o contexto de trabalho. Elas se manifestam através da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho, e são um dos identificadores de saúde no trabalho, por permitirem a estruturação psíquica, a identidade e a expressão da subjetividade no trabalho, viabilizando as negociações, a formação de compromisso e a ressonância entre o subjetivo e a realidade concreta de trabalho (DEJOURS, 2004).

O sofrimento faz parte do trabalho e decorre da distância entre o trabalho prescrito e real, fazendo com que o trabalhador se depare com o imprevisto que o expõe de frente do risco do fracasso. Dessa maneira, é o sofrimento que impulsiona a realização do trabalho, e, dessa forma, o trabalhador busca incessantemente subverter o sofrimento em prazer (DEJOURS, 2007). Ou seja, a busca pelo prazer no trabalho e sua realização são imprescindíveis para uma saúde física e psíquica no trabalho.

4.3.2. Subcategoria 2 – O presenteísmo no trabalho das enfermeiras obstétricas

Essa subcategoria apresenta um total de 222 (10,15%) UR e evidencia que as profissionais exercem suas atividades laborais mesmo apresentando problemas de saúde; destacam-se as formas de enfrentamento utilizadas pelas enfermeiras obstétricas. Constata-se que as enfermeiras obstétricas comparecem ao trabalho mesmo com problemas de saúde, conforme verificado nos depoimentos a seguir:

> A gente já veio gripada, gente com dor de estômago. Ela estava com dor no corpo, com febre, entendeu? Não estava aguentando ficar em pé. (EO6)

> Agora mesmo, tive uma crise de bronquite, mas eu permaneci trabalhando. Então, a recuperação se torna mais lenta. (EO10)

> Eu, muitas vezes, vou para o trabalho passando mal. Então, fui passando mal, aí não aguentei. (EO12)

A partir desses depoimentos, constata-se o presenteísmo nas unidades de saúde estudadas, fato que vem exigindo a atenção dos gestores, já que ele, muitas vezes, não é facilmente percebido. O presenteísmo pode ser uma consequência do trabalho excessivo e o sentimento de insegurança, associado à configuração laboral, que gera problemas de saúde, compromete a produtividade (PRIMO et al., 2008; VIEIRA et al., 2016) e pode impactar futuramente no absenteísmo em decorrência da doença (BERGSTRÖM et al., 2009).

Cada vez mais, o presenteísmo se faz frequente, tornando-se um problema real, pois trata da condição na qual os trabalhadores comparecem ao ambiente laboral, porém apresentam redução do desempenho em decorrência de problemas físicos e mentais relacionados ao trabalho, com elevação dos custos institucionais e interferência na qualidade de vida do trabalhador e na qualidade da assistência prestada ao paciente (LARANJEIRA, 2009; BELEZA et al., 2013; PASCHOALIN et al., 2013).

As enfermeiras obstétricas se mantêm no trabalho mesmo com a saúde debilitada, o que pode ser consequência de sentimentos como medo e incerteza, e de ameaças de punição, em caso de ausências. Elas relataram também que o presenteísmo ocorre para evitar sobrecarga da equipe, conforme se evidencia nos relatos abaixo.

> Você vai trabalhar doente, por saber que seu colega vai ficar sobrecarregado. Aí, às vezes, você se esforça para não deixar o seu colega sobrecarregado. (EO11)

> Aí a gente também pensa que não dá para ficar em casa, vou mesmo sem estar cem por cento, mas, assim, o fato de você não ir, você sobrecarrega os outros da sua equipe. (EO17)

As ausências no trabalho, independente do motivo, acarretam sobrecarga nos demais integrantes da equipe. Sendo assim, as enfermeiras obstétricas entrevistadas evitam faltar ao trabalho, mesmo doentes, para minimizar essa sobrecarga nos demais.

O ambiente de trabalho é repleto de particularidades que podem levar os trabalhadores a apresentar um comportamento prejudicial para si e/ou para a equipe, devido às recompensas simbólicas advindas do ambiente social do trabalho decorrentes do relacionamento interpessoal, do sentimento de pertença e da possibilidade de trocas (VIEIRA et al., 2018).

Mas o trabalhador, mantendo-se no ambiente laboral com problemas de ordem física ou psíquica, gera sobrecarga na equipe e, ao perpetuar essa atitude implica, ocorrem danos à saúde do trabalhador e desgaste da equipe. Dessa maneira, o trabalhador tenta passar a

impressão de que pode realizar suas atividades de forma satisfatória, no entanto, sem eficácia. Isso repercute em sua assistência, podendo desapontá-lo (OLIVEIRA et al., 2018; VIEIRA et al., 2018).

Ademais, as enfermeiras obstétricas optavam por trabalhar doentes por causa dos entraves burocráticos para obter licença médica, de acordo com as falas abaixo:

> Porque tirar licença é muito complicado para mim, sabe? É tão complicado, são tantas dificuldades, tem que ir à perícia para tirar uma licença. (EO2)
>
> A burocracia é muito grande, desgasta. Às vezes, para você ir à Prefeitura, torna-se tão dificultoso, e aí assim é mais fácil vir trabalhar doente (EO13)

Para as enfermeiras, o processo de licença médica por problemas de saúde é muito complicado pela demora na perícia médica. Isso é um agravante do presenteísmo, que, perpetuando-se, ocasiona resistência à busca por assistência médica e pode piorar do estado de saúde dessas profissionais.

O trabalhador é amparado legalmente quando acometido por uma doença, podendo, assim, se afastar para tratamento. Segundo Silva et al. (2013), existem barreiras que dificultam o trabalhador a buscar ajuda médica e a se ausentar do ambiente laboral, como as dificuldades no atendimento médico, a demora na realização dos exames diagnósticos, dentre outros.

No entanto, há ainda um sentimento de medo de ser substituído, visto que parte dos trabalhadores não é estatutária. A insegurança empregatícia leva o trabalhador a negligenciar sua saúde, ao permanecer mesmo doente no ambiente laboral, em decorrência do alto nível de desemprego presente na sociedade contemporânea (HANSEN; ANDERSON, 2008).

As instituições devem intervir quando o trabalhador demonstra presenteísmo, visto que essa situação pode ser maléfica para a instituição e para o profissional, ao gerar um ambiente inseguro, propício à ocorrência de iatrogenias (VIEIRA et al., 2016).

Os problemas mais comuns ressaltados pelas enfermeiras em relação ao presenteísmo foram os relacionados ao aparelho respiratório e à capacidade cognitiva.

> Olha, eu já tive umas quedas de imunidade, já fiquei gripada com uma certa frequência, emendando gripe uma atrás da outra. (EO5)
>
> Aqui, o trabalho abala muito o emocional, que acaba repercutindo para a saúde física também. (EO10)

> Além do serviço que é mecânico, tem também a questão emocional. Ficamos descompensadas, muito parto, essa energia toda que a gente trabalha. (EO15)
>
> Doente que eu digo, virose, sinusite de sentir corpo mole, não de febre, aquela dor de cabeça absurda, que deve ficar deitada. (EO17)
>
> Nossa atividade gera muito estresse. Então, a gente tenta ao máximo "segurar a onda", mas eu acho que tem horas que a gente dá uma descompensada. (EO18)

Diante desses problemas de saúde, é imprescindível que o trabalhador se conscientize da importância de procurar ajuda médica quando estiver adoentado, visto que a sua presença no trabalho o torna uma possível fonte de contaminação da equipe. Diversas pesquisas evidenciam que um grande número de profissionais permanece nos postos de trabalho realizando suas atividades mesmo estando doentes, transformando-se em um fator para o absenteísmo e a redução de sua capacidade para a realização de sua tarefa (FLORES-SANDÍ, 2006; MEDEIROS; VIEIRA, 2019; PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA, 2012).

Segundo Flores-Sandí (2006), os trabalhadores acometidos por doenças respiratórias devem ser avaliados por especialistas e se afastarem do serviço para evitar a transmissão da patologia aos demais membros da equipe e aos usuários do serviço. Os problemas do aparelho respiratório, segundo Costa, Vieira e Sena (2009), são as principais causas de afastamento de curto e médio prazo entre os membros da equipe de enfermagem, sendo necessário manter os profissionais adoentados longe do ambiente laboral até sua completa melhora.

Além dos problemas físicos, há também os problemas relacionados ao estresse. As altas cargas de trabalho podem, com o passar do tempo, comprometer a saúde do trabalhador, gerando o estresse ocupacional e consequentemente a fadiga, física e mental, a redução do rendimento do profissional e a piora na qualidade da tarefa executada (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009; UMANN, GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Na área hospitalar, o estresse é sentido mais intensamente, em decorrência da alta carga psicológica, das pressões existentes e das relações com os diversos atores desse campo. As consequências para o corpo podem ser profundas, caso os fatores estressantes perdurem por longo tempo, comprometendo, assim, a *performance* do profissional devido ao desgaste progressivo e ao esgotamento (CAMELO; ANGERAMI, 2008; LETVAK; BUCK, 2008;). Isso pode levar a especialista a experimentar o sofrimento patogênico, cujo desdobramentos é o adoecimento pelo trabalho. Mas isso só ocorrerá se todos os mecanismos de defesa forem exauridos, descompensando o trabalhador lentamente e levando-o a doença (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Em contrapartida, as profissionais, ao se depararem com algum profissional doente no ambiente de trabalho, procuram reduzir sua carga laboral e redistribuir suas tarefas, ou colocá-lo para descansar durante o turno de trabalho, na tentativa poupá-lo.

> A gente sempre se ajuda. Se uma está muito cansada, a gente procura ajudar fazendo mais coisas. Se alguém está passando mal, a outra assume mais. (EO9)
>
> A ajuda te deixa meio que de molho. Diz "não, não, não, espera um pouquinho", "fica aí, eu vou ver". O pessoal sempre está dando suporte. A gente procura dividir mais. Dividimos as tarefas para reduzir sua carga de trabalho. (EO17)
>
> A minha equipe é bem unida, bem receptiva, em geral, todo mundo tá ali no mesmo barco. Então, o que um pode ajudar o outro, ajuda, quando está doente um ajuda o outro. (EO19)

Segundo Jacowski (2016), o entendimento, pelos profissionais, do significado de trabalho em equipe implica o compartilhamento do planejamento e da divisão das tarefas, interagindo de forma democrática junto aos seus companheiros. O companheirismo, o respeito e o coleguismo são sentimentos que se destacam no ambiente colaborativo, no qual a equipe está unida e trabalhando por um objetivo em comum. Isso pode ser decorrente de uma interação afetiva entre os membros; a presença desse vínculo entre os participantes pode criar uma vinculação com a própria organização (ARAÚJO; MEDEIROS; QUENTAL, 2016).

No entanto, o que não é percebido pela equipe são as sobrecargas laborais a que estão sendo expostos, quando se assumem as atividades que eram de responsabilidade da profissional presenteísta. A repetição desse ato implica malefícios à saúde da trabalhadora e gera aumento da carga laboral para todas (OLIVEIRA et al., 2018).

A sobrecarga de trabalho pode gerar na equipe conflitos de difícil administração, em decorrência do estresse que o excesso de trabalho gera no trabalhador. Dessa forma, a presença do trabalhador presenteísta deve ser gerenciada com muita cautela pela enfermeira coordenadora (SPAGNOL et al., 2010).

Assim, a dimensão psicossocial do trabalho leva à ocorrência da interação da subjetividade de cada indivíduo com o coletivo de trabalhadores; dessa maneira, cria-se um vínculo interpessoal em cada ambiente laboral. Assim, inúmeros interesses podem surgir, como a identidade social, a relação de poder, os significados de trabalho; fatores geradores dessa interação são a personalidade do trabalhador e suas vivências no ambiente de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Dessa forma, para amenizarem as repercussões físicas e mentais do trabalho, os trabalhadores utilizam subterfúgios como realização pausas não oficiais durante a jornada de trabalho, conforme expressado nas falas a seguir:

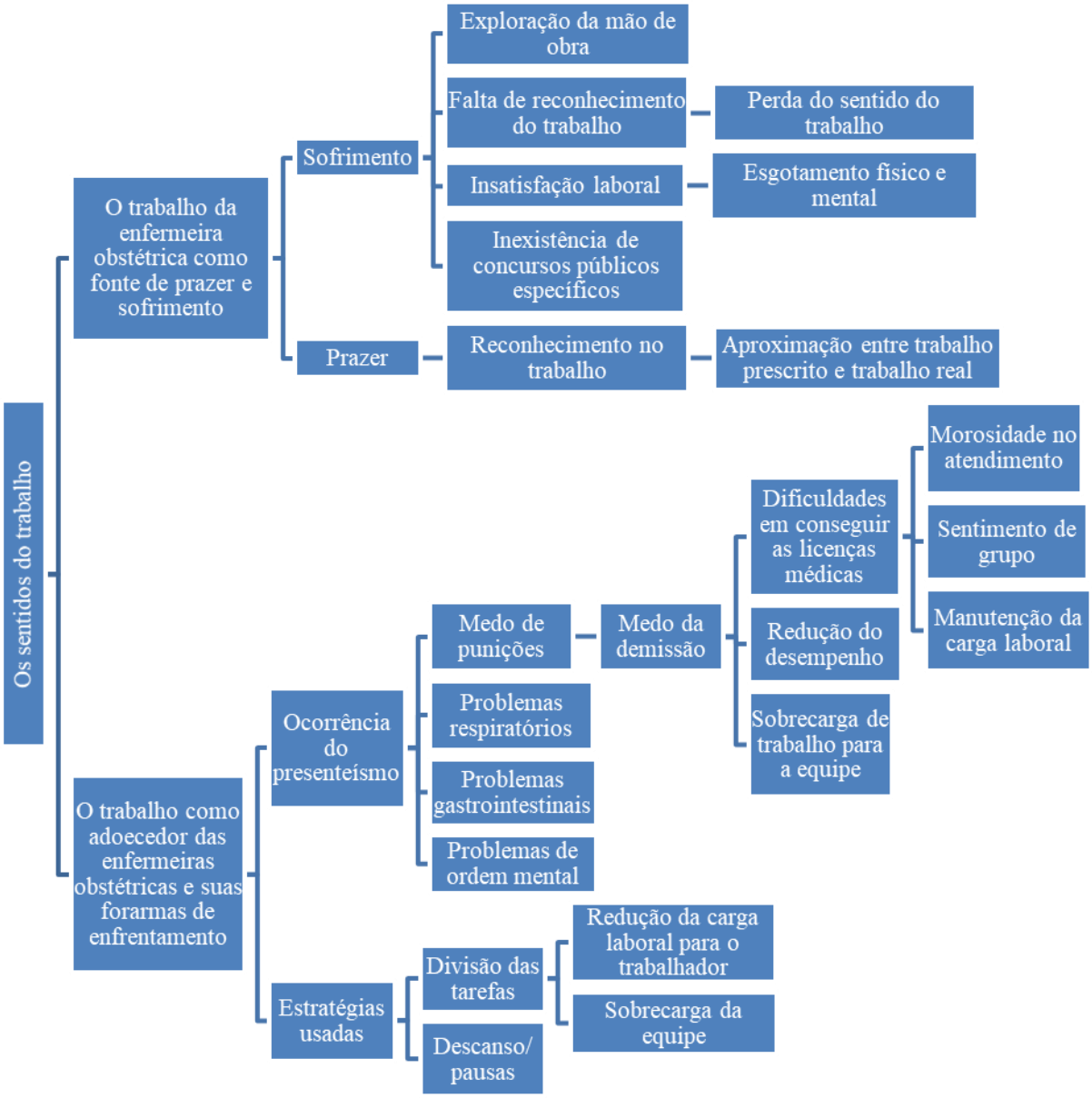
> Eu fico sentada no sofá, descansando, cerca de uns quarenta minutos no sofá. Isso minimiza o cansaço, relaxa. (EO12)
>
> Durante o plantão, ficamos extremamente cansadas, então, até eu mesma já falei assim: senta aí um pouquinho e relaxa, eu vou lá ver as pacientes agora. (EO18)

Nesses discursos, podemos observar que as profissionais estão indicando a necessidade da realização de pausas em meio à jornada de trabalho, devido ao esgotamento físico e mental. Por lei, todos os trabalhadores têm direito a pausas durante sua jornada, e a enfermagem possui um ritmo de trabalho contínuo e muitas das vezes extenuante. Dessa maneira, as enfermeiras, em decorrência do sentimento de grupo, se organizam e promovem formas de minimizar as cargas físicas e mentais advindas do trabalho.

As pausas realizadas durante o serviço são muito importantes, ao proporcionar alívio ao corpo e à mente dos profissionais. As enfermeiras realizam diversas atividades e necessitam criar inúmeros mecanismos cognitivos que lhes permitam manter o raciocínio lógico e a atenção imprescindível na assistência às mulheres (BRASIL, 2012).

Segundo Martins e Mendes (2012), as instituições devem perceber que as pausas são necessárias e devem ser estimuladas durante as jornadas de trabalho. E, ainda, devem estimular a manifestação das subjetividades e o diálogo entre os trabalhadores. Dessa forma, concretizam-se relações amigáveis entre líderes e liderados. No entanto, para que essa concretização ocorra, deve haver o correto dimensionamento de profissionais de enfermagem, para que não haja sobrecarga de trabalho e exaustão destes trabalhadores.

Figura 6 – Esquema sinóptico dos sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O autor, 2019.

4.4 **4ª Categoria – As relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa**

Esta categoria apresenta as relações interpessoais que interferem no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas participantes deste estudo, obtendo-se 709 (32,40%) UR.

Para as participantes, uma repercussão positiva do processo de trabalho é a relação harmônica entre enfermeiras obstétricas e chefia de enfermagem. Segundo elas, a chefia de enfermagem imediata é bem articulada, promove um clima de troca, de harmonia entre os membros e luta pelos interesses da coletividade, conforme evidenciado nas falas a seguir.

> A relação com a chefia de enfermagem é bem próxima, bem boa, uma relação assim que permite bastante troca. Ela atua junto com a gente também. Eu tenho um bom relacionamento, o relacionamento é bom, ela é aberta às críticas. Quando a gente tem algum problema, que ela vê que é um problema de equipe, ela se empenha para resolver. (EO15)
>
> Eu tenho como a minha chefia superior uma pessoa que é uma colega de trabalho. A relação com ela é excepcional, entende os problemas totalmente, né? E é totalmente aberta a tudo. Temos o apoio da nossa chefia que nos ampara, que nos apoia, que luta pela a gente. (EO17)
>
> A relação é ótima, um clima de família, com uma chefia que está junto de você. A gente tem muito apoio da nossa chefia, então, né?, a gente sempre se sentiu muito amparada. (EO20)

Reconhece-se a importância de desenvolver a empatia e o comprometimento nas relações humanas, a fim de se ter uma operacionalização do processo bem desenvolvida, sem prejuízos assistenciais. Por isso, destaca-se a relevância da presença de um líder atuante e mantenedor de uma relação harmoniosa com a equipe.

Assim, o líder proativo tem a capacidade de incentivar as pessoas, levando-as a aderirem à missão organizacional, transmitindo confiança e inspiração, e repercutindo em fatores que impactam, direta ou indiretamente, na qualidade de vida e no trabalho dos colaboradores (CHIAVENATO, 2010).

Além disso, uma relação satisfatória entre chefia e equipe favorece a execução do trabalho, reduz as taxas de absenteísmo e interfere positivamente no clima organizacional, já que, segundo Vidal et al. (2010), a valorização profissional, as oportunidades de crescimento e o relacionamento harmonioso entre a equipe e a chefia afetam o clima organizacional.

A posição proativa da chefia pode ser vista como um apoio às enfermeiras obstétricas para o enfrentamento das dificuldades de sua prática assistencial, o que é fundamental na

atenção ao parto e ao nascimento. Por outro lado, essa relação chefia-enfermeira pode ser considerada como um domínio da primeira sobre a segunda, fazendo com que a dominada não enxergue a dominante hierarquicamente como superior, e sim como amiga e/ou colaboradora.

Assim, percebe-se a presença do modelo toyotista de produção, no qual o grupo necessita manter-se unido e a chefia direta está próxima dos trabalhadores, escutando-os e sendo empáticos com eles, com a intenção de mantê-los mais produtivos (MAROCHI, 2002).

Dessa maneira, a chefia aumenta a produção ao incentivar o processo de inovação no trabalho e ao proporcionar o sentimento de autonomia nas enfermeiras obstétricas durante seu exercício profissional. Percebe-se, então, que as enfermeiras obstétricas se sentem autônomas quando têm liberdade para inovar:

> Considero ter muita autonomia para inovar no setor que atuo (EO7).
>
> Eu consigo inovar aqui, tenho muita liberdade de fazer isso, somos até incentivadas a isso, isso nos dá muita autonomia. (EO4)

Segundo Kraemer, Duarte e Kaiser (2011) é importante, para o exercício da autonomia, que o mercado de trabalho permita a prática da criatividade e resolutividade, apesar das transformações que estão ocorrendo com o trabalho da enfermeira no mundo globalizado. No entanto, a sensação de autonomia percebida pelas especialistas pode ter sido criada pelas entrevistadas durante o processo de manipulação exercido pelas chefias, que objetivam aumentar a produtividade. Dessa maneira, há um processo de alienação por parte das enfermeiras obstétricas, que podem estar se distanciando da sua realidade que lhes causa sofrimento. Isso decorre do sofrimento vivenciado, mas não identificado, impossibilitando-as reconhecer as causas do sofrimento e transformar essa situação (MENDES, 2007c).

Assim, a relação da chefia imediata com as enfermeiras especialistas remete a outra característica do toyotismo, segundo a qual os grupos de trabalhadoras são incentivados a analisarem medidas e sugerirem melhorias para o seu processo produtivo, num sistema contínuo e gradual de aperfeiçoamento (MAROCHI, 2002).

Ao mesmo tempo em que as enfermeiras obstétricas se sentem com liberdade para inovar, relatam também que suas inovações causam conflitos com a equipe médica, que, muitas vezes, as impede de exercer sua autonomia:

> Já deixei de fazer muitas coisas, muitas condutas foram deixadas de lado, por causa do médico. Às vezes, fica uma relação tão tensa, aí, ao invés... aquele ali não é o momento de entrar em embate com o profissional. Eu já deixei sim de fazer coisa,

> questão de penumbra, questão de posicionamento da mulher no parto, a gente não se sente com muita liberdade. (EO19)
>
> E, às vezes, é uma situação chata, porque às vezes a gente tem que até se controlar para não causar mal-estar na frente da paciente. Mas tem horas que não dá, então acaba batendo boca, entendeu? Tem horas que o conflito é irremediável com a equipe médica. (EO03)
>
> O risco habitual, a gente comunica à equipe médica que estamos acompanhando a gestante em trabalho de parto, alguns não respeitam, alguns entram, examinam rompem bolsa, se distanciando do que pensamos para aquela gestante. (EO16)

Para Oliveira et al. (2010), o estreito vínculo e a proximidade entre a enfermagem e a medicina são fatores com potencial para gerar conflitos interpessoais, transformando-se em um grande obstáculo para um atendimento de qualidade a população. Conforme os relatos, os conflitos entre essas duas equipes resultam, futuramente, em problemas de relacionamento entre os membros da equipe multidisciplinar e com as pacientes, que necessitam que haja uma ótima relação entre esses profissionais.

E é discreta a passagem do conflito de velado a explicito, através da disputa de poder (OLIVEIRA, 2010). Nessa situação, a enfermeira prescreve ou realiza um cuidado, e o outro se recusa a compreendê-la e a dar espaço para que a profissional possa pôr em prática sua *expertise*. Isso implica a dificuldade de efetivação de cuidados ou mesmo a ocorrência de falhas.

Esses conflitos que são levantados pelas entrevistadas, segundo Amaral et al. (2019), são frutos da disputa no mercado obstétrico entre as categorias médicas e de enfermagem. Ademais, é consequência do choque de modelos distintos de atenção na assistência obstétrica.

Para Garcia, Lippi e Garcia (2010) e Pereira (2006), esses conflitos podem ser fruto da incompreensão da equipe médica quanto à capacidade de atuação das especialistas e da perda de posição hegemônica no campo, visto que a inserção dessas profissionais nos partos de baixo risco fez essas profissionais partilhar funções que anteriormente eram exclusivas da medicina.

As especialistas, para conseguirem se manter no campo, utilizam de estratégias indiretas e femininas de resistência ao domínio médico: elas não entram em embates e discussões, e estabelecem laços de amizade; trata-se de formas sutis de resistência ao grupo dominante (ANGULO-TESTA, 2003; GARCIA; LIPPI; GARCIA, 2010). Assim, elas muitas vezes deixam de se posicionar ou de realizar determinado procedimentos importantes para o processo do parto, evitando discussões e o clima conflituoso que pode atrapalhar o parto e o bem-estar da parturiente.

As condições de trabalho adversas dessas profissionais associadas a essas tensões atuam de maneira a produzir desgaste físico e emocional na trabalhadora. Dessa forma, elas passam a utilizar estratégias de defesa, para superar o sofrimento em um contexto coletivo permeado por aspectos como o espaço público da fala e a cooperação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011).

Para reduzirem os sofrimentos no trabalho advindos dos conflitos e das dificuldades no campo obstétrico, as enfermeiras se unem e procuram auxiliar umas às outras, com a intenção de fortalecer o grupo perante as adversidades encontradas:

> Quando estamos juntas, a gente se auxilia. Por exemplo, eu tenho uma agenda e ela, a dela, separadamente. Porém, se eu acabar antes, e ela ainda tem gente pra atender, eu vou e atendo algumas pacientes dela, entendeu? Tento acabar junto com ela. (EO20)

> Ajudamos umas às outras, a medida do possível a gente tenta ajudar sempre o colega. São essas coisas que fortalecem o coletivo. (EO18)

Em decorrência do fato de as trabalhadoras se sentirem pertencentes a um grupo, onde todos vivem os mesmos dilemas, e de partilharem as mesmas frustações e buscarem os mesmos objetivos, ocorre a relação de ajuda e cooperação mútua.

A cooperação entre trabalhadores é fruto de relações e interações de profissionais que se identificam ao executarem conjuntamente determinada atividade (D'AMOUR et al., 2008), dividindo preocupações e responsabilidades. Assim, preserva-se a relação entre os membros do grupo (MOREIRA et al., 2004). Esse mecanismo é de suma importância para a ocorrência da consolidação da identidade profissional, do indivíduo e do grupo. A união da equipe de enfermagem é importante para suportar os conflitos e os problemas no ambiente laboral.

O sofrimento vivenciado pelas profissionais, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), é um elemento potencial para o adoecimento e para a fragilização da saúde delas; mas também pode ser fonte de criatividade a serviço da saúde. Para que isso ocorra, é essencial que o grupo entre em consenso e que as condições externas sejam favoráveis para que se ponham em prática as estratégias coletivas de defesa. Nesse sentido, cada grupo de trabalhador elabora suas estratégias coletivas de defesa; uma dessas estratégias pode, em alguns casos, se consagrar como a melhor forma de luta contra o sofrimento e impedir que a pessoa adoeça.

Entretanto, as estratégias de defesa, apesar de serem essenciais para o funcionamento/prosseguimento do trabalho e da identidade profissional, podem dificultar a transformação da realidade na qual o trabalhador está inserido, ao negarem o sofrimento.

Além disso, elas operam como uma armadilha psicológica, incrementando a aceitação e a tolerância do sofrimento no ambiente profissional, reforçando o consentimento e a alienação (DEJOURS, 2011; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2011). Assim, as defesas, se não forem eficazes, podem impedir a tomada de consciência das relações existentes no trabalho, levando o trabalhador ao triângulo do sofrimento/defesa/alienação; cria-se, então, um ciclo vicioso e estabelece-se a crise de identidade (LANCMAN; SZNELWAR, 2011).

Esse estudo evidencia, além das relações de apoio entre as enfermeiras obstétricas, a existência de união, apoio, proteção e afinidade entre a equipe de enfermagem:

> A nossa equipe de enfermagem [enfermeira, enfermeira obstétrica e técnicos] aqui da casa, nós estamos muito unidas. Então, assim, a gente se apoia muito, a gente se defende muito; então, assim, isso eu acho muito bom, então isso protege muito. (EO9)

> A minha equipe, a gente tem uma boa afinidade, a gente consegue conversar, a gente consegue delegar de uma maneira que as pessoas compreendem o papel de cada um, a gente consegue ter um bom trabalho em equipe. (EO10)

Em decorrência de o ambiente laboral ser adverso e gerador de sofrimento, para as especialistas e para toda a equipe de enfermagem, identifica-se a troca entre todos os membros, o que, segundo Mendes, Costa e Barros (2003), contribui para o aumento da resistência e da fortalecimento da identidade profissional, podendo utilizar a criatividade como para enfrentamento das situações estressantes.

Ao ter a equipe de enfermagem ao seu lado, as enfermeiras obstétricas conseguem se fortalecer frente às adversidades, obtendo um ponto de apoio para a resolução de problemas e gerando certa satisfação. A afinidade existente no grupo torna-se um dos elementos necessários para minimizar as dificuldades existentes no ambiente laboral, possibilitando, dessa forma, a busca pelo prazer no trabalho. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2011), as trabalhadoras se unem para vencer as adversidades provenientes do ambiente laboral no qual estão inseridas, ao produzir situações de prazer, permeadas pelo diálogo e manutenção da união do coletivo.

Além disso, as dificuldades no campo obstétrico perpassam também por outras profissões, como a nutrição, fisioterapia e assistente social, fazendo com que esses atores unam forças com a equipe de enfermagem fortalecendo as estratégias de defesa.

> As relações são mais tranquilas no sentido multiprofissional, com o nutricionista e com o assistente social, fisioterapeuta. Todo mundo é estatutário, todo mundo se relaciona bem, enfim, a gente discute as coisas na reunião. (EO8)

> Nós temos um ótimo relacionamento com todas as categorias, menos com a medicina. De uma forma geral, nós nos apoiamos muito e conseguimos realizar uma ótima integração das equipes, trabalhamos muito bem juntos. (EO16)

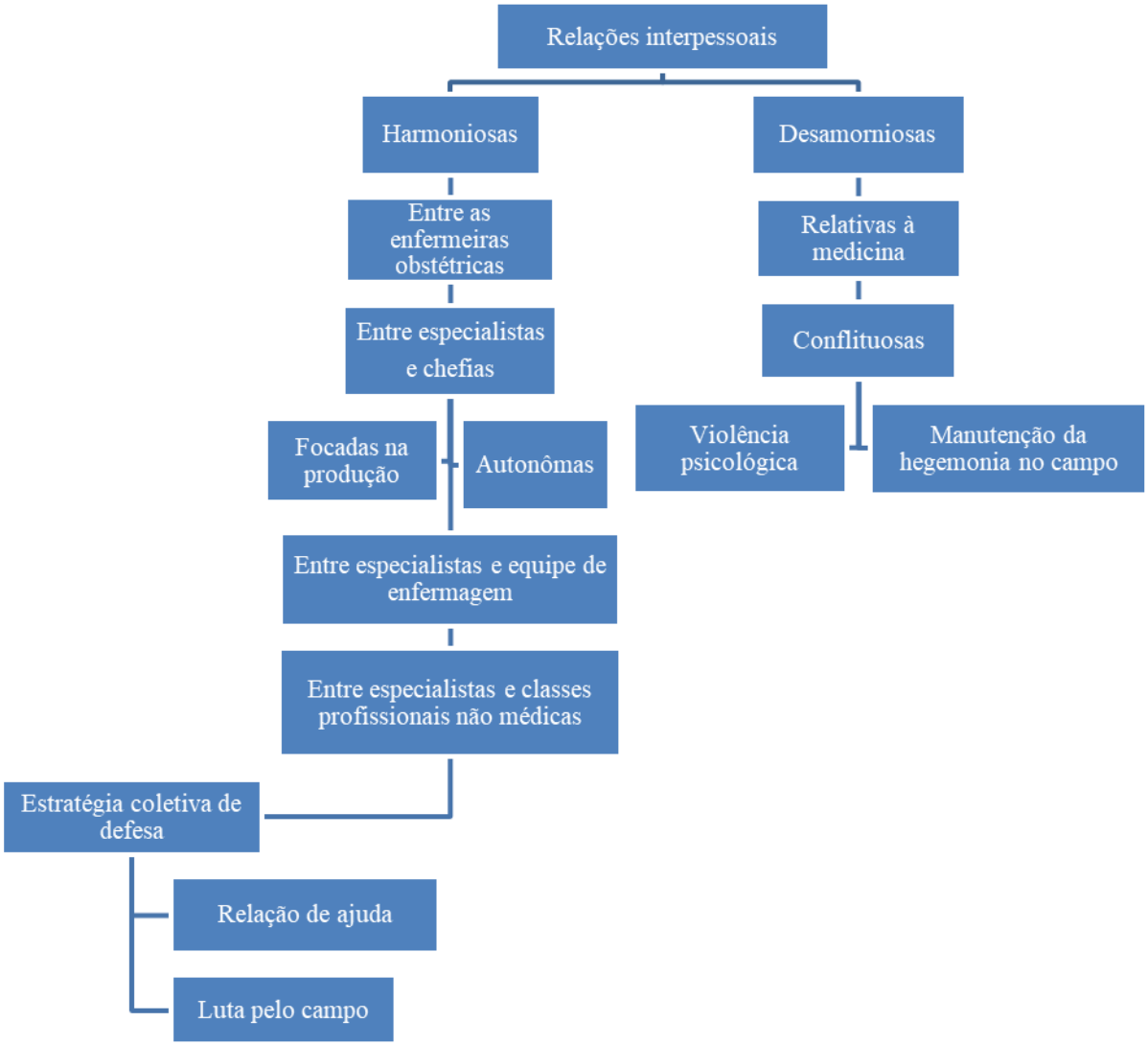
Para manter a hegemonia no campo, a categoria médica dificulta a construção de uma autonomia por parte das demais classes. Acredita-se que os diversos membros não médicos se unam para construírem uma forma de resistência contra o grupo dominado do campo.

A união entre os diversos membros da equipe multiprofissional é muito importante para que o profissional apresente seus problemas e se restaure junto ao grupo, visto que ele pode partilhar as angustias e os sofrimentos oriundos do ambiente laboral; assim, estabelecem formas de superá-los, diminuindo as descargas mentais e físicas (NIEVIROSKI; AMORIM, 2011).

Dessa maneira, possibilitar aos profissionais um lugar de compartilhamento de sentimentos – no qual possam se criar uma linguagem comum que leve a uma nova inteligibilidade, a uma nova interpretação e a um novo sentido para o trabalho – proporciona um efeito positivo no processo das relações de cooperação e de troca de conhecimentos, o que, por sua vez, repercute nos sentimentos de prazer dos indivíduos ao desenvolverem suas atividades laborativas (DEJOURS, 1999; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

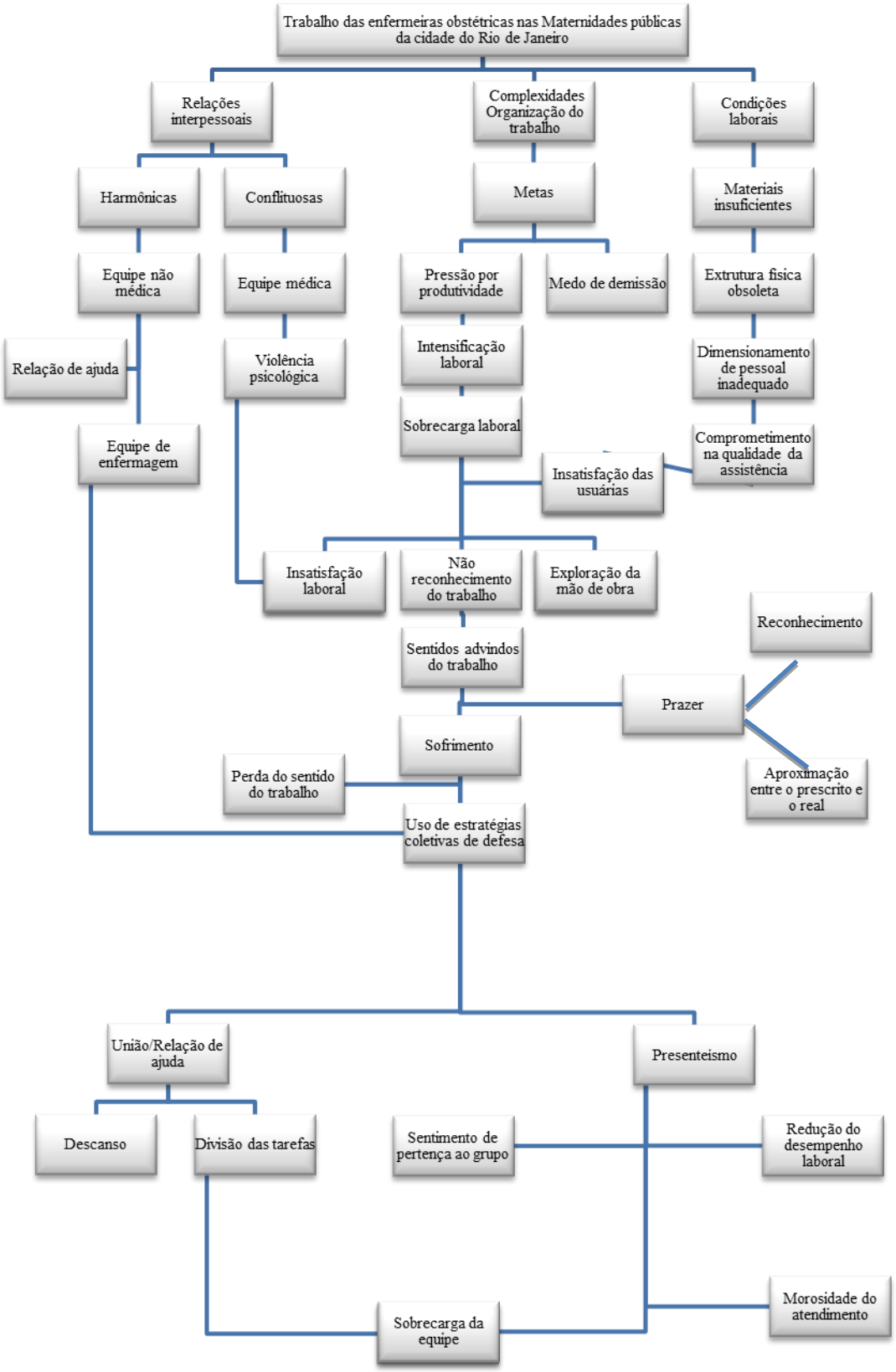
Para Dejours (2009), essa atitude, além de ajudar os profissionais a suportar a realidade que não suportariam isoladamente, também possibilita a coesão e estabilização dos coletivos de trabalhadores, tornando-se um fator benéfico para a organização.

Figura 7 – Esquema sinóptico das relações interpessoais no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas e as estratégias coletivas de defesa. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

Figura 8 - Esquema sinóptico dos resultados encontrados nas categorias discutidas. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: O Autor, 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese possibilita conhecer como se dá o trabalho das enfermeiras obstétricas nas maternidades públicas que estão sob a égide do SUS, num contexto em que a econômia brasileira está permeada pela ideologia neoliberal. Além disso, proporciona o entendimento das consequências desse modelo para a saúde das trabalhadoras entrevistadas.

Através de quatro categorias de análise, ancoradas na psicodinâmica do trabalho, comprovou-se o pressuposto de que a reestruturação produtiva do trabalho das enfermeiras obstétricas ocorridas na gestão pública do SUS, com base no projeto neoliberal, interfere na produção de um cuidado especializado e na saúde dessas profissionais.

A Psicodinâmica do Trabalho apresentada por Dejours é um referencial importante neste trabalho porque fornece subsídios para a confecção das categorias teóricas deste estudo, através de um novo olhar para as relações entre trabalho e saúde psíquica, no que se refere ao sofrimento e ao prazer das enfermeiras obstétricas.

No que tange ao perfil das entrevistadas desta pesquisa, todas são do sexo feminino; em sua maioria, são adultas jovens e casadas, e trabalhavam em turnos diurnos, com mais de um vínculo empregatício. As enfermeiras obstétricas não se afastaram de seu ambiente de trabalho nos dozes meses anteriores à recolha dos dados e não consumiam medicamentos para tratamento e/ou controle de doenças.

A primeira categoria de análise aborda as divisões do trabalho, a cadência, as pressões por produtividade, como complexidades da organização do trabalho das enfermeiras. Nesta perspectiva, evidencia-se que a existência da divisão do trabalho das enfermeiras obstétricas segue a lógica laboral dos setores da obstetrícia.

Nesses setores coexistem enfermeiras generalistas e especialistas em enfermagem obstétrica, em algumas maternidades públicas na cidade do Rio de Janeiro. A presença conjunta de dois tipos de enfermeiras (generalistas e especialistas em obstetrícia), a princípio, poderia se tornar um indicativo de conflito, caso houvesse competição entre elas em decorrência do valor atribuído tanto ao capital intelectual essencial para a humanização do cuidado obstétrico quanto ao capital inerente à gestão desse mesmo cuidado.

No entanto, esse estudo aponta que a presença das generalistas foi um fator positivo no trabalho nas maternidades, gerando uma relação de apoio e ajuda às especialistas, por possibilitá-las uma maior dedicação ao cuidado direto à parturiente. Contudo, faz-se necessário a realização de novas pesquisas nessa perspectiva.

As pressões exercidas pela organização do trabalho, características da sociedade contemporânea, interferem na cadência e na produtividade das enfermeiras. Diante dessas pressões, as especialistas terceirizadas afirmam temer a demissão, evidenciando uma faceta da precarização de seu trabalho, o que resulta na geração de sofrimento. Esse quadro, muitas vezes, leva à descompensação, ao adoecimento e à despersonalização dos trabalhadores, além de reduzir a qualidade da assistência prestada.

Na segunda categoria de análise, demonstra-se que o ambiente de trabalho dessas profissionais necessita de algumas intervenções para que se torne um local mais propício para a prática do cuidado humanizado, uma vez que a estrutura física não possibilita meios adequados de atenção ao parto e ao nascimento, necessitando de reformas e melhorias estruturais. Constata-se ainda a carência de materiais necessários para a prática da assistência de enfermagem obstétrica de qualidade. Dessa forma, muitas das enfermeiras, para conseguir dar sentido ao seu trabalho, compram com seus próprios recursos alguns insumos considerados indispensáveis para a produção do cuidado especializado.

Outro dado evidenciado é redução no quantitativo de enfermeiras obstétricas, quadro que promove a intensificação do trabalho, pois gera sobrecarga, cansaço e, consequentemente, redução da atenção às clientes. Assim, destaca-se que o ambiente de trabalho das enfermeiras obstétricas passa por um processo de precarização constante, o que pode culminar na desumanização da assistência e no desgaste físico e/ou psíquico, além da insatisfação tanto da trabalhadora quanto da comunidade.

Na terceira categoria, abordam-se os sentidos que o trabalho apresenta para as enfermeiras obstétricas, demonstrando a dualidade de o trabalho poder gerar prazer e sofrimento. Ademais, apresentam-se as estratégias de defesa usadas por esse coletivo de profissionais e as repercussões para a sua saúde.

Evidencia-se que a sobrecarga de trabalho e a precarização das condições laborais das profissionais deste estudo são fontes de sofrimento, provocando angústia e insatisfação por comprometer suas autorrealizações. Esse sofrimento mostra-se um importante fator para a desmobilização e o enfraquecimento do grupo.

Os dados obtidos no estudo revelam aspectos importantes da saúde das especialistas de enfermagem obstétrica, os quais apresentam relação com o presenteísmo. Evidencia-se, assim, que a saúde das trabalhadoras e as condições de trabalho em que desenvolvem suas atividades laborais interferem no processo de trabalho, em consequência do presenteísmo. Nessa perspectiva, destacam-se as doenças do aparelho respiratório e o estresse relacionado à atividade laboral como principais problemas apresentados pelas especialistas. Logo, as

enfermeiras, para reduzir a carga de trabalho, dividem as tarefas e promovem pausas não oficiais durante a jornada de trabalho.

Na quarta categoria, abordam-se as relações interpessoais como fator interferente no processo de trabalho das enfermeiras obstétricas. A relação harmoniosa entre as especialistas, as chefias e as equipes não médicas são fatores que promovem uma relação de união e fortalecimento das estratégias de defesa.

Torna-se evidente que os conflitos com a equipe médica são constantes, com o fito de reduzir ou anular a autonomia das especialistas, a fim de a classe médica manter sua hegemonia no campo. Entretanto, cabe às especialistas manterem-se unidas, empoderando-se coletivamente para exercerem suas atividades de forma livre e autônoma.

Os resultados evidenciam a necessidade de maiores investimentos na área da saúde e de melhorias nas condições de trabalho dessas trabalhadoras, permitindo que ocorram uma assistência de qualidade e uma política de valorização do trabalho das enfermeiras.

Torna-se necessário i. realização de concursos públicos voltados para a área de enfermagem obstétrica – propiciando a ampliação de funcionários efetivos –, ii. melhorias na remuneração das especialistas vinculadas à administração pública municipal e iii. aumento no quantitativo de profissionais de enfermagem obstétrica na atenção ao parto e ao nascimento.

Os resultados do presente estudo serão apresentados às trabalhadoras de enfermagem obstétrica, através de uma roda de conversa, demonstrando-se, por intermédio de tabelas e gráficos, o perfil das trabalhadoras que participaram desta pesquisa.

Além disso, serão apresentadas as repercussões do neoliberalismo no que tange ao processo do trabalho das enfermeiras obstétricas e será entregue um relatório às chefias de enfermagem, com propostas de intervenções, estratégias e metas a curto, médio e longo prazos, visando alterações na estrutura física, redistribuição e aumento de recursos materiais e humanos, e melhorias no campo de relacionamento interpessoal.

Entende-se, como uma das limitações desta pesquisa, o fato de as entrevistas terem sido restritas apenas a enfermeiras obstétricas de maternidades públicas no município do Rio de Janeiro, não espressando a diversidade do trabalho deste grupo de especialistas.

Espera-se que esta pesquisa impulsione o surgimento de novos estudos e possa contribuir para os campos da assistência, ensino, pesquisa e extensão, a partir de seu apoio teórico e de discussões quantitativas e qualitativas realizadas, valorizando-se as discussões sobre o mundo do trabalho e suas correlações com a enfermagem obstétrica.

Destaca-se a necessidade de realização de novas pesquisas, envolvendo as enfermeiras obstétricas e o mundo do trabalho, o qual é dinâmico; por isso mesmo, não se esgotam aqui as

discussões. Sugerem-se estudos que fomentem a comparação entre o processo e a organização do trabalho das especialistas entre as diversas regiões do país e ainda, entre a rede pública e a privada, vislumbrando-se, assim, estratégias diferenciadas para minimizar as repercussões da lógica neoliberal na saúde. Ainda se recomendam estudos com foco na caracterização do perfil socioeconômico, demográfico e profissional relacionado às enfermeiras obstétricas dos diversos estados do Brasil.

Por fim, firma-se o compromisso de o pesquisador divulgar os resultados deste estudo por meio dos eventos científicos e de publicações em revistas indexadas de enfermagem, fornecendo, ainda, um feedback para as enfermeiras obstétricas que atuam nas maternidades públicas do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.R.; CÂMARA, L.M. O orçamento público como instrumento de ação governamental: uma análise de suas redefinições no contexto da formulação de políticas públicas de infraestrutura. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.49, n.1, p.73-90, jan./fev. 2015.

AGUIAR NETO, Z. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.) **Enferm. e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2008, p. 13-28.

ALBUQUERQUE, E.M. **Avaliação da técnica de amostragem "Respondent-driven Sampling" na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v.12, n.2, p.188-197, dec. 2009.

AMARAL, R.C.S.; et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.23, n.1, e20180218, 2019.

ANCHIETA, V.C.C. et al. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psic.: Teor. Pesq.**, Brasília, v.27, n.2, p.199-208, jun. 2011.

ANGULO-TESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1425-36, set./out. 2003.

ANTUNES, A.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v.123, p.407-427, jul./set., 2015.

ANTUNES, L.R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7.ed. São Paulo: Cortez; 2000.

ANTUNES, R. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC, Lula)**. 2.ed. Campinas/SP: Autores Associados, 2005.

ANTUNES, R. Dimensões de precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.) **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007, p.13-22.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v.107, p.405-419, set. 2011.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6.ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

ARAÚJO, M.F.; SCHRAIBER, L.B.; COHEN, D.D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v.15, n.38, p.805-18, 2011.

ARAÚJO, M.P.S.; MEDEIROS, S.M.; QUENTAL, L.L.C. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Rev. Enferm. UERJ**, v.24, n.5, e7657, 2016.

ARAÚJO-DOS-SANTOS, T. et al. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.52, e03411, 2018.

AUED, G.K. et al. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. **Rev. Bras. Enferm.** v.1, n.69, v.1, p.130-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100142&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Cienc. Saúde Colet.**, v.15, n.5, p. 2483-95, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, A. S.; HEROLD JUNIOR, C. Trabalho, educação e enfermagem: marco contextual da formação profissional de nível médio em saúde. **Rev. HISTEDBR On-line**, v.13, n.49, p.231-248, jul. 2013. Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/histedbr/article/view/5348/4271>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, v.14, n.4, p.534-539, 2006.

BAZZARELLI, I.M.; AMORIM, M.C.S. Gênero, representação simbólica e origem social nos conflitos entre médicos e enfermeiras. **Rev. Psicol. Polít.**, v.10, n.19, p.75-89, jan.2010.

BECK, C.L.C.; BUDÓ, M.L.; GONÇALVES, R.M.B. A qualidade de vida na concepção de professores de enfermagem: elementos para reflexão**. Rev. Esc. Enferm. USP**, v.33, n.4, p.348-54, 1999.

BELEZA C.M.F. et al. Occupational risks and health problems perceived by professional nursing in hospital unit. **Cienc. Enferm.**, v.19, n.3, p.63-71, 2003.

BERGSTRÖM, G. et al. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. **J. Occup. Environ. Med.**, v.51, p.629-38, 2009.

BHATNAGAR, K.; SRIVASTAVA, K. Job satisfaction in healthcare organizations. **Ind. Psychiatry J.**, v.21, n.1, p.75-8, 2012.

BICKMAN, L.; ROG, D.J. Handbook of applied social research methods. **Thousand Oaks**, Sage, 1997, 580p.

BIONDI, H. S. et al. Cargas de trabalho psíquicas no processo de trabalho de enfermeiros de maternidades e centros obstétricos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.39, e64573, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.067/GM**, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de atenção obstétrica e neonatal.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Atenção à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília Ministério da Saúde: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 2011 jun 27; Seção 1, n.121. p.109-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.20.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 1998a. Seção I, p.47.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Institui medidas para redução de cesáreas. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998b. Seção I, p.48.

BRASIL. Portaria n.º 163, de 22 de setembro de 1998c. Dispõe sobre as das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetriz. **Diário Oficial [da] União** 1998, Brasília, DF, 24 set 1998c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/SAS_P163_98obst.doc>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 18 mai. 1998d.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho**: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília: Editora MS, 2012.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc**., v.109, p.126-150, mar.2012.

BREDA, K.L. O papel da enfermagem na saúde internacional e global? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 489-90, jul./set., 2012.

BUENO, M.; MACÊDO, K.B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v.2, n.2, p.306-318, 2012.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n.2, p.232-240, abr./jun., 2008.

CARDOSO, L. et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.513-517, abr. 2012.

CARRIERI, A.P.; DINIZ, A.P.R; SOUZA, E.M. Gender and work: representations of femininities and maculinities in the view of woman brazilian executives. **Brazilian Administration Review**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, art.3, jul./set. 2013.

CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, v.21, n.6, p.1314-20, nov./dez, 2013.

CARVALHO, D.P. et al. A produtividade *versus* cargas de trabalho no ambiente laboral da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.51, p.e03301. 2017.

CASTELHANO, L.M. O medo do desemprego é a(s) nova(s) associações de trabalho. **Psicol. Soc**. Porto Alegre, v.17, n.1, p.14-20, abr., 2005.

CAVALCANTE, R.G. **Educação para o trabalho preconizado**: uma análise da reforma trabalhista como limite da proposta de educação da burguesia industrial. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

CAMACHO, K.G.; PROGIANTI, J.M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf**. v.15, n.3, p. 648-55, jul./set., 2013.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsivier, 2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez; 2009.

COLEMAN, J.S. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Human Organization**, v.17, 1958 p. 28-36.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil) Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília, DF, 2011.

COSTA, D.O.; TAMBELLINI, A.T. A visibilidade dos escondidos. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.19, p.953-68, 2009.

COSTA, E.C.; SANT'ANA, F.R.S. Jornada de trabalho do profissional de Enfermagem e fatores relacionados à insatisfação laboral. **REAS: Rev. Eletr. Acervo Saúde**, v.9, n.4, 1140-1145, 2017.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p.38-44, jan./fev., 2009.

COPELLI, F.H.S. et al. Compreendendo a governança da prática de enfermagem em um centro obstétrico. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.19, n. 2, p.239-245, 2015.

D'AMOUR, D. et al. A model and tipology of collaboration between, professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v.8, p.188, 2008.

DAL ROSSO, S.; CARDOSO, A.C.M. Intensidade do trabalho: questões conceituais e metodológicas. **Soc. Estado**, Brasília, v.30, n.3, p.631-650, dez. 2015.

DAVID, H.M.S.L.; MAURO, M.Y.C.; SILVA, V.G.; PINHEIRO, M.A.S.; SILVA, F.H. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, v.18, n.2, p.206-14, 2009.

DEJOURS, C. Por um novo conceito em saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.54, n.14, p.7-11, 1986.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p. 27-34, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6.ed. São Paulo: Cortez; 2015.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlant J.T. (Org.) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas 1993. p.45-65.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho**. In Lancman, S.; Sznelwar, L. (Org.) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, C. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap: EAESP/FGV, 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-23.

DEJOURS, C. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo15, 2004. p. 512.

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

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

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lancman, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2011.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A.M.; Lima, S.C.; Facas, E.P. (Org.). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

DEJOURS C. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Fundap, 1999.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. Trad.: Domingues, I. In: Betiol M.I.S. (Coord.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Trad.: GLINA, D.M.R. In: BETIOL, M.I.S. (Coord.) **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-23.

DIAS, R. et al. Trabalho prescrito, trabalho real e mediação do sofrimento: estudo de caso em jornalismo público. **Rev. Lat.-Amer. Jorn.**, João pessoa, ano 5, v.5, n.1, jan./jun. 2018.

DINIZ, S. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v.6, p.119-127, 2013.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.332-338, jul. 2017.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Cad. CRH**, Salvador, v.24, n.spe1, p.37-57, 2011.

DUARTE, M.R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enferm.**, [S.l.], v.24, jan.2019.

DUTRA, H.S. Divisão social do trabalho e enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.10, n.11, p.4161-3, nov.2016.

FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Rev. Economia e Soc.**, n.8, junho, Campinas, IE/Unicamp, 1997.

FÁVERO, A.A.; BECHI, D. O financiamento da educação superior no limiar do século XXI: o caminho da mercantilização da educação. **Rev. Intern. Educ. Sup.**, Campinas, SP, v. , n.1, p.90-113, abr. 2017.

FELIZARDO, J.M. Capitalismo, organização do trabalho e tecnologia da produção e seus impactos na qualificação da força de trabalho. **Rev. Labor**, n. 3, v. 1, 2010.

FLACH, L. et al. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicol. & Socied.**, v.21, n.2, p.193-202, 2009.

FLORES-SANDÍ, G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. **Acta Méd. Costarric.**, San Jose, v.48, n.1, p.30-34, 2006.

FRANÇA, F.M.; FERRARI, R. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. **Acta Paul. Enferm.**, 2012, 25: 743-8.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Púb.**, n.13, v.5, p.1511-20, 2008.

FURNO, J.C.; GOMES, B.P. O gênero da terceirização. **Em Tese**, Florianópolis, v.12, n.1, jan./jul., 2015.

GARCIA, S.D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.2, p.339-46, 2012.

GARCIA, S.A.L.; LIPPI, U.G. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. **RBPS**, Fortaleza, v.23, p.4, p.380-388, out./dez., 2010.

GASPARINO, R.C.; GUIRARDELLO, E.B.; AIKEN, L.H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). **J. Clin. Nurs.**, n.20, v.23-24, p.3494-501, 2011.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, A.P. (Org.) **Clínica do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2010. p. 61-70.

GIL, A.C. **Pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v.9, n.2, p.109-125, dez., 2007.

GOMES, H.F. et al. Precarização do trabalho de enfermagem e repercussões na saúde dos trabalhadores brasileiros: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual IN DERME**. v.6, n.2, ed.77, p.67-74, 2016.

GONÇALVES, F.G.A. et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; v.22, n.4, p.519-25, jul./ago, 2014.

GONÇALVES, F.G.A.et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n.24, v. 3, p.646-53, jul./set., 2015.

GONÇALVES, F.G.A. et al. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE**, v.7, p.6352-6359, 2013.

GOODMAN, L.A. **Snowball sampling**: the annals of mathematical statistics. v.32, 1961 p.148-170.

GUIRALDELLI, R. Adeus à divisão sexual do trabalho? desigualdade de gênero na cadeia produtiva da confecção. **Soc. Estado**, Brasília, v.27, n.3, p.709-732, dez.2012.

HANSEN, C.D.; ANDERSEN, J.H. Going ill to work: what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? **Soc. Sci. Med**., New York, v.67, p.956-964, 2008.

HIRATA, H. Trabalho, gênero e dinâmicas internacionais. **Rev. ABET**, v.15, n.1, jan./jun.2016.

IBGE. **Estatísticas Sociais – 2018**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20995-desemprego-volta-a-crescer-no-primeiro-trimestre-de-2018>. Acesso em: 13 mai. 2019.

JACOWSKI M. et al. trabajo en equipo: la percepción de la estrategia de salud de la família de los profesionales. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, p.1-9, abr./jun.2016

JURGENFELD, V.F.; RODRIGUES, C.H.L. Florestan Fernandes e Celso Furtado: aspectos históricos-estruturais para a interpretação da crise contemporânea no Brasil. **Rev. Pesq. Deb.**, São Paulo, v.28, n.1, p.51, jul.2017.

KESSLER, A.I.; KRUG, S.B.F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.49-55, mar.2012.

KRAEMER, F.Z.; DUARTE, M.L.C.; KAISER, D.E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.487-94, set.2011.

KUHN, C.; SCHEFFEL, R.S. Criminalização da pobreza: um estudo sobre a transformação do Estado social para o Estado penal. **Emancipação**, Ponta Grossa, n.16, v.2, p.255-272, 2016.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Org.) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. 3.ed. Brasília (DF): Paralelo 15; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 346 p.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I; UCHIDA, S.; TUACEK, T.A. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface: Comunic., Saúde e Educ.**, v.11, p.79-92, 2007.

LARANJEIRA, C.A. O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa. **Rev. Salud Publica**. v.11, n.1, p.123-33, 2009.

LEME, A.A. Neoliberalismo, globalização e reformas do estado: reflexões acerca da temática. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n.32, p.114-138, jun. 2010.

LETVAK, S.A.; BUCK, R. Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. **Nurs. Econ.**, Pitman/NJ, v.26, n.3, p.159-165, maio/jun. 2008.

LIMA, C.A.; BARROS, E.M.C.; AQUINO, C.A.B. Flexibilização e intensificação laboral: manifestações da precarização do trabalho e suas consequências para o trabalhado. **Rev. Labor**, nº7, v.1, p.102-25, 2012.

LIMA, A.E.F. et al. Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev. Rene**, 2015 set-out; 16(5):631-8.

LINCH, G.F.C.; LAURA, A.G.; FANTIN, S.S. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfile satisfação profissional. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.3, p.488-95, 2010.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1104-12, out./dez., 2014.

MACÊDO, K.B. etal. **O trabalho de quem faz arte e diverte os outros**. Goiânia: Editora PUC, 2010.

MACHADO, M.H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm. em Foco**, Brasília, DF, v.7, n.esp., p.9-14, 2016.

MACHADO, M.H. et al. **Relatório final da pesquisa da enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Cofen, 2015. 28v

MAIA, K. et al. A mão de obra feminina no mercado de trabalho brasileiro: discriminação salarial por gênero. **Ciências Sociais em Perspectiva**, v.14, n.26, p.30-53; 1º sem.2015.

MAROCHI, M.L.G. Considerações sobre modelos de produção e a psicologia do trabalho. **Rev. FAE**, Curitiba, v.5, n.1, p.21-28, jan./abr. 2002

MARTINEZ, L.F.; FERREIRA, A.L. Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. **Stress Health**, v.28, n.4, p.297-304, out.2012.

MARTINI, D. **A intervenção do assistente social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MARTINS, A.M.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma cooperativa médica. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, n.19, v.2, p.457-74, 2009.

MARTINS, M.I.C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1667-1676, jun. x2013.

MARTINS, S.R.; MENDES, A.M. Espaço coletivo de discussão: A clínica Psicodinâmica do Trabalho como ação de resistência. **Rev. Psicologia: Organizações e Trabalho** [online]. v.12, n.2, p.171-84, maio/ago., 2012.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.1107-11, 2010.

MASSIMO, L. Como se explica o neoliberalismo no Brasil? Uma análise crítica dos artigos publicados na Revista Dados. **Rev. Sociol. Polít.**, v.21, n.47, p.133-87, 2013.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface comum. Saúde Educ.**, n.16, v.40, p.107-19, 2012.

MEDEIROS, A.M.; VIEIRA, M.T. Ausência ao trabalho por distúrbio vocal de professores da Educação Básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.35, suppl.1, e00171717, 2019.

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

MENDES, A.M. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, A. et al. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 59-76, 2004.

MENDES, A.M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A.M. (Org.) **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. p. 29-48.

MENDES, A.M. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: MENDES, A.M. (Org.) **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b. p. 49-61.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007c.

MENDES, A.M.; COSTA, V.P.; BARROS, P.C.R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.59-72, 2003.

MENDES, A.M.B. **Prazer-sofrimento no trabalho qualificado**: um estudo com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 1994.

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

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 32.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 2013.

MININEL, V.A.; BAPTISTA, P.C.P.; FELLI, V.E.A. Psychicworkloads and strain processes in nursing workersof Brazilian University Hospitals. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, v.19, n.2, p.340-7, 2011.

MIORIN, J.D. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 2, p. e2350015, 2018.

MOMM, L. **Mercado de trabalho e desemprego**: oferta e demanda de emprego via Internet, uma nova tendência. Estudo de caso no Banco Nacional de Empregos - BNE. 2004. 155f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2004.

MORAES, R.C. O legado de Margareth Thatcher. **Conjuntura Internacional**, Belo Horizonte, v.10, n.2, p.19-29, 2º sem. 2013.

MOREIRA, M.C. et al. A relação de ajuda na assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.8, n.3, p.354-60, dez. 2004.

NICÁCIO, M.C. et al. Prática profissional das enfermeiras obstétricas na casa de parto e hospital: um descritivo. **Rev. Bras. Enferm. on-line**, [Sl], v.15, n.2, p.205-14, jun. 2016.

NIEVIROSKI, A.L.; AMORIM, W.L. Desgaste físico, psiquico e social, como integrantes das “Condições de Trabalho” em organizações. **Rev. Interd. Aplicada**, v.5, n.4, p.62-72, 2011.

NOVARETTI, M.C.Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n. 5, p.692-9, set-out., 2014.

NUNES, C.M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.2, p.252-7, 2010.

OKIN, S.M. Gênero, o público e o privado. **Rev. Estud. Fem.**, n.16, v.2, p.305-32, 2008.

OLIVEIRA, A.L.C.B. et al. Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. **Av. Enferm.**, Bogotá, v.36, n.1, p.79-87, 2018.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UER**J, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-76, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, A.M. et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.10, supl.2, p.s433-s439, dez.2010.

OLIVEIRA, RV. Sindicalismo e terceirização no Brasil: pontos para reflexão. **Cad. CRH,** Salvador, v.28, n.75, p.545-567, dez.2015.

OLIVEIRA, G.M.et al. Influência do turno de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital público do noroeste do Mato Grosso/MT. **Rev. Cient. Sena Aires**, v.5, n.1, p.4-20, jan./jun., 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Care in normal birth**: a pratical guide: maternal and newborn health/Safe Motherhood unit. Family and reproductive health. Genebra: Word Health Organiacion, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2005**: para que todas as mães e crianças contem. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 maio 2019.

PADILHA, V.H. **Negociação Coletiva como instrumento de flexibilização das condições de trabalho**. 2016. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Coimbra, Portugal, 2016, 111 f.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar., 2014.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, n.21, v.3, p.765-72, 2013.

PARISE, J.A.; SOLER, Z.A.G.S.G. Qualidade de vida profissional de atendentes de central de telecomunicações. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v.69, n.4, p.751-756, ago.2016.

PASCHOALIN, H.C. **Presente no trabalho, mesmo doente**: o presenteísmo na enfermagem. 2012. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PASCHOALIN, H.C; GRIEP, R.H.; LISBOA, M.T.L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, v.15, n.3, p.306-311, jul./set. 2012.

PASCHOALIN, H.C.; GRIEP, R.H.; LISBOA, M.T.L.; MELLO, D.C.B. Transcultural adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale for the evaluation of presenteeism for Brazilian Portuguese. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, v.21, n.1, p.388-95, 2013.

PAVANATTO, A.; ALVES, L.M.S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM**, n.4, v.4, p.761-770, out./dez., 2014.

PAULA, L.F.; PIRES, M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados** v.31, n.89, p.125-144, 2017.

PEREIRA, A.L.F. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **REME: Rev. Min. Enf**., v.10, n.3, p.233-239, jul./set. 2006.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, M.A.V. Hegemonía y contra hegemonía em el processo de implantación de la casa de parto em Rio de Janeiro. **Rev. Esc. Enfem. USP**, v.43, n.4, p.872-9, 2009.

PENROD, J. et al. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. **J. Transcult. Nurs.**, v.4, n.2, p.100-7, abr. 2003.

PIALARISSI, R. Precarização do trabalho. **Rev. Adm. Saúde**, v.17, n.66, jan./mar. 2017.

PILETTE, P.C. Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. **J. Nurs. Adm.**, Wakefield, v.35, n.6, p.300-303, 2005.

PINTO, C.R.J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v.18, n.36, p.15-23, Jun. 2010.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.657-64, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 6.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

PRATA, J.M. **A formação de enfermeiras obstétricas no curso de residência em enfermagem obstétrica da UERJ: O processo de constituição do *habitus profissional***. 2016. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2016.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; DAVID, H.S.L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, n.23, n.4, p.1123-9, out./dez. 2014.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado. **Rev. Enferm. UERJ**, v.20, n.1, p.105-10, jan.-mar., 2012.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Rev. enferm. UERJ**., Sl., v.21, n.1, p.23-28, 2013.

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, p.165-169, 2009.

PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F.; SÉ, C.C.S. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.742-7, nov./dez. 2014.

PROGIANTI, J.M.; PORFÍRIO, A.B. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, v.16, n.3, p.443-450, 2012.

PROGIANTI, J.M.; PORFÍRIO, A.B.; PEREIRA, A.L.F. Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Texto & Contexto Enferm.**, v.22, p.193-200, 2013.

PROGIANTI, J.M.; PRATA J.A.; BARBOSA, P.M. A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca. **Rev. Enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.164-71, mar./abr. 2015.

PRIMO, G.M.G. **O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. 110 p.

QUITETE, J.B. et al. Percepção de enfermeiras sobre o cuidado da enfermagem obstétrica. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, n.8, v.4, p.896-903, abr. 2014.

QUITETE, J.B.; VARGENS, O.M.C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, p.315-320, 2009.

RAMOS, W.M.A. **Assistência da enfermeira obstétrica ao parto baseado em evidências**, Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016. 86 p.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 2.ed. São Paulo: Loyola. 2004.

RATINER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v.8, n.2, p.103-108, jun. 2014.

RIO DE JANEIRO (RJ). Lei N.º 5.026 de 19 de maio 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município do Rio de Janeiro**, RJ, 19 mai. 2009.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Convocação pública para parcerias com organizações sociais**: Programa Cegonha Carioca. Módulo Acolhimento. Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES, A.M.S.; DUARTE, M.S.M.; FLACH, D.M.A.M.; SILVINO, Z.R.; ANDRADE, M. O impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v.4, n.4, p.2867-2873, 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1398/pdf_627>. Acesso em: 13 abr. 2019.

RODRIGUES, C.C.F.M. et al. Estresse entre os membros da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**., Recife, 11(2):601-8, fev. 2017.

SANTOS, A.S.; PERRONE, C.M. Produção da precariedade laboral: reflexões preliminares sobre a criação de novas formas de subjetivação. **Psic. & Soc.**, v.29, e164109, 2017.

SANTOS, A.C.B.B. **Contrarreforma da política de saúde nos marcos legais do SUS**. Recife. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2011. 150f.

SANTOS, G. et al. Gênero e economia solidária: as mulheres rumo à IV plenária da economia solidária. In: Plenária Nacional de Economia Solidária, 4., 2007, Brasília, DF. **Caderno de aprofundamento aos debates**. Brasília, DF: FBES, 2007.

SANTOS, J.M.; OLIVEIRA E.B.; MOREIRA, A.C. Estresse como fator de risco à saúde do enfermeiro em um centro de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.580-585, out./dez. 2006.

SCOLARI, C.; COSTA, S.G.; MAZZILLI, C. Prazer e sofrimento entre trabalhadores de call center. **Psicologia USP**, v.20, n.4, p.555-76, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, p.1141-1182, 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. O campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). In: SELIGMANN SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, p.33-114, 2011.

SENTO SÉ, C.C.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F. Implementation of the user embracement module from the cegonha carioca program in the city of Rio de Janeiro. **Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental,** [S.l.], v.8, n.1, p.3935-3944, jan. 2016. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3375>. Acesso em: 25 fev. 2019.

SHIMIZU, H.E.; COUTO, D.T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Lat.-Amer. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p.565-572, jun. 2011.

SILVA, A.A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F.M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p.1117-1126, dez. 2011.

SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Projeto Políticas Públicas de Saúde – UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2011, p.11-14.

SILVA, G.T.; CUNHA, C.R.T.; COSTA, A.L.R.C.; MARUYAMA, S.A.T. Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.1, p.207-215, jan./mar., 2013.

SILVA, N.R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciên. Saúde Colet.**, v.16, n.8, p.3393-402, 2011.

SILVA, R.M. et al. Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, 24:e2743, 2016

SILVA, T.C.M.; AMAONAS, M.C.L.A.; VIEIRA, L.L.F. Família, trabalho, identidades de gênero. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p.151-159, jan./mar. 2010.

SIMÕES, F.H.S.; PAIM, C.R.P. ZUCCHI, P. Análise dos critérios de avaliação de desempenho dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais de saúde em relação aos hospitais tradicionais no estado de São Paulo. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v.15, n.2, p.16-21, 2013.

SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.803-811, 2010.

SOUSA, L.P.; GUEDES, D.R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estud. Av.**, São Paulo, v.30, n.87, p.123-139, ago. 2016.

SOUZA, H.S.; MENDES, N.A. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.50, v.2, p.286-294, 2016.

SOUZA, L.L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v.19, n.2, p.218-232, 2014.

SOUZA, M.H.N.; TYRRELL, M.A.R. Políticas de salud a la mujer em Brasil, 1974-2004. **Rev. Enferm. UERJ**, v.9, n.1, p.70-6, 2011.

SOUZA, M.N.M. et al. Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de um hospital especializado de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Púb.**, v.35, supl.1, p.38-54 jan./jun. 2011.

SOUZA, N.V.D.O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, p.356-361, 2009.

SOUZA, N.V.D.O. et al. Acumulação flexível do capital e o trabalho em enfermagem: revisão de literatura. **Rev. Enf. Profissional**, jan./abr., v.1, v.1, p.236-251, jan./abr., 2014.

SPRANDEL, L.I.S.; VAGHETTI, H.H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf.** [Online], v.14, n.4, p.794-802, out./dec. 2012.

TAMOYO, M.R.; TRÓCOLLI, B.T. Burnout no trabalho. In: MENDES, A.M.; BORGES L.O.; FERREIRA, M.C. (Ed.) **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 2002. p. 45-61.

TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. Adm. Empres**, São Paulo, v.49, n.4, p.472-480, dez. 2009.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir reses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.B. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciên. Saúde Colet.**, v.16, n.3, p.1969-80, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo inFormação**, v.13, n.13, p.11-36, jan./dez. 2009.

VIEIRA, L.C; GUIMARÃES, L; MARTINS, D. O estresse ocupacional em enfermeiros. In: GUIMARÃES, L.A.M; GRUBTIS, S. (Org.) **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.1. p.169-85. 1999.

VIEIRA, M.L.C. et al. Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, e23580, ago. 2016.

VIEIRA, M.L.C. et al. Presenteísmo na enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. **Rev. Enferm. UERJ**, [S.l.], v.26, e31107, ago. 2018.

VIDAL, L.F. et al. Clima organizacional: um estudo de caso em uma empresa do setor atacadista. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 6., 2010, Penedo, RJ. [**Anais**...] Penedo, RJ, 2010.

VILELA, L.F. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal** [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

UMANN, J.; GUIDO, L.A.; GRAZZIANO, E.S. Presenteísmo entre enfermeiros hospitalares. **Rev. Lat.-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.20, n.1, p.159-166, jan./fev. 2012.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA; 1994.

ZULIANI, L.L et al. Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.6, p.969-76, 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Título do projeto: **Análise da Psicodinâmica do Trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde**

Pesquisadores responsáveis: Professora Doutora Jane Márcia Progianti (orientadora) e o Doutorando Manoel Luís Cardoso Vieira (pesquisador)

1ª PARTE: Características Socioprofissionais dos Trabalhadores

 # Dados de identificação:

Código de Identificação:_____

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Faixa etária: ( ) 24 anos ou menos ( ) De 25 a 34 anos ( ) De 35 a 44 anos ( ) De 45 a 54 anos ( ) De 55 a 64 anos ( ) 65 anos ou mais
3. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo
4. Tempo de formação em obstetrícia: ( ) Menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) De 3 a 4 anos ( ) De 5 a 6 anos ( ) De 7 a 8 anos ( ) De 9 a 10 anos ( ) De 11 a 12 anos ( ) 13 anos ou mais. Especifique: _____ anos.
5. Você é o provedor principal da família? ( ) Sim ( ) Não

 # Sobre o trabalho exercido

1. Função: ( ) Assistencial ( ) Gerencial
2. Escolaridade: ( ) Pós-graduação *lato sensu* ( ) Mestrado ( ) Doutorado
3. Tipo de contrato: ( ) Estatutário ( ) Contrato CLT
   ( ) Outro(s). Especifique: _____
   _____
4. Número de vínculos empregatícios: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais de 3
5. Possui trabalho fora do campo obstétrico? ( ) Não ( ) Sim.
6. Tipo de jornada nesta unidade: ( ) Diária ( ) Plantão diurno ( ) Plantão noturno

7. Se plantonista ( ) 12x36 horas ( ) 12x60 horas ( ) 24x72 horas ( ) Outros:_____

8. Carga horária semanal total considerando outros vínculos: ( ) 40 h. ( ) 60 h.

   ( ) Mais de 60 h. Especifique: _____

9. Faixa salarial considerando o salário mínimo vigente de R$ 937,00:

( ) De 2 a 4 salários mínimos ( ) De 5 a 7 salários mínimos

( ) De 8 a 10 salários mínimos ( ) Acima de 10 salários mínimos

10. Você faz uso de algum medicamento? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:

_____

_____

11. Você possui algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:

_____

_____

12. Realiza tratamento para algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Especifique:

_____

_____

13. Esteve afastado do trabalho nos últimos doze meses para tratamento da saúde?

( ) Não ( ) Sim. Especifique:

_____

_____

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Título do projeto: **Impactos da reestruturação produtiva no cuidado prestado pelas enfermeiras obstétricas à mulher**

Pesquisadores responsáveis

Professora Doutora Enfermeira Jane Márcia Progianti (orientadora)

Enfermeiro Doutorando Manoel Luís Cardoso Vieira (pesquisador)

CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES:

Data da entrevista: _____/_____/2018. Código de Identificação: _____.

Abordagem 1. Descreva como é a organização do trabalho na unidade onde você trabalha.
Quantas enfermeiras trabalham com você? Como é a divisão o trabalho em sua unidade? Quais as atividades que executa no seu dia a dia? As responsabilidades são divididas ou são centradas em apenas uma figura? Você participa do planejamento das intervenções que são implementadas na sua prática assistencial? A sua opinião é considerada durante o planejamento das atividades?

Abordagem 2. Descreva como são as suas condições de trabalho.
O ambiente de trabalho é propício para a realização de sua atividade laboral? As condições ambientais onde você trabalha são adequadas para a realização das atividades cotidianas (por exemplo, a temperatura é adequada? O ambiente é calmo e silencioso?)? O ambiente laboral é limpo e livre de odores desagradáveis? Há os equipamentos necessários para a execução do seu trabalho (por exemplo, bolas, chuveiros de água quente)?

Abordagem 3. Exponha como são as relações de trabalho.
Como é a sua relação com a sua chefia imediata e superior? Como é a sua relação com os membros da equipe de enfermagem? Como é sua relação com os membros de outras equipes profissionais? Como você descreveria a sua relação com a cliente? Acredita que o fato de ser mulher influencia nas relações de trabalho? Já foi vítima de assédio sexual e/ou moral no ambiente de trabalho em decorrência de sua profissão? Já sofreu violência estrutural? Em seu ambiente de trabalho já ocorreram ocasiões em que você tenha se sentido reprimida(o)? Já deixou de fazer uma conduta que considerava importante, em decorrências de barreiras impostas pelas relações de trabalho? Alguma vez teve de realizar alguma atividade que avaliou como desnecessária, por ordem de um superior?

Abordagem 4. Fale-me se já se sentiu ou se sente insatisfeita(o) com o seu trabalho.

Você considera que é adequadamente remunerada(o) pela atividade que executa? Considera que é valorizada(o) pelo que executa? Sente que sua atividade profissional/tarefa traz sentido ao seu trabalho e à sua vida? você se identifica com o trabalho que executa? Você sente orgulho da atividade que realiza? Você utiliza a criatividade no desempenho de suas tarefas? Você está satisfeita e feliz com seu trabalho? Você considera valorizada a atividade que executa? Considera importante o trabalho que realiza? Sente-se ou já se sentiu explorada(o)? Considera estar sobrecarregada(o) de atividades a serem cumpridas? Há liberdade de negociação com seus superiores para amenizar o ardor do trabalho.

Abordagem 5. Comente se na sua unidade os trabalhadores utilizam subterfúgios para amenizar o "peso" trabalho.

Os trabalhadores se unem para reduzir a carga de trabalho? Vocês possuem algum "acordo" não oficial para reduzir a carga do trabalho? Vocês já fragmentaram as tarefas para reduzir a permanência com a cliente? Já ouviu algum colega chamar as clientes pelo número do leito ou até mesmo pela sua patologia? Você considera ter autonomia para inovar durante sua prática laboral?

Abordagem 6. Comente se o sistema de produção imposto pela organização de trabalho tem desencadeado consequências danosas à sua saúde.

Você já esteve doente em decorrência da atividade que executa? Considera que seu trabalho seja desgastante? Em algum momento o trabalho a(o) fez sentir mal? Você já veio trabalhar com algum problema de saúde? Algum companheiro de enfermagem já chegou a destratar uma cliente? Já observou no seu dia a dia uma decisão importante que foi postergada sem motivos aparentes, por colegas, chefes e inclusive por você mesmo? Já evitou conversar com o cliente alguma vez? Busca amparo nos colegas de trabalho? Os colegas de trabalho a(o) ajudam na execução de suas atividades para reduzir a carga de trabalho? Vocês fazem acordos entre si e burlam as regras institucionais para suavizar a carga laboral?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e na Enfermagem Edifício Paulo de Carvalho Boulevard, 28 de setembro, 157 / 8.º andar, Vila Isabel 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ

Título do projeto: **Análise da Psicodinâmica do Trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro frente à lógica neoliberal na saúde**. Pesquisadores responsáveis: Enfermeira Professora Doutora Jane Márcia Progianti (orientadora) e Enfermeiro Doutorando Manoel Luís Cardoso Vieira (pesquisador). Pertencentes à instituição Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21) 2628-8236. Ramal 210.

A(O) Senhor(a) está convidada(o) a participar do projeto de pesquisa que tem como objetivos: i) Identificar as complexidades da organização do trabalho das enfermeiras obstétricas para a realização de um cuidado especializado; ii) Descrever as condições de trabalho apresentadas pelas enfermeiras obstétricas na área da atenção hospitalar, nas maternidades públicas; iii) Analisar os sentidos do trabalho para as enfermeiras obstétricas frente à organização do trabalho nessa área; iv) Discutir o processo de trabalho e as relações interpessoais das enfermeiras obstétricas frente ao modelo neoliberal.

Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou abandonar o estudo em qualquer momento. Durante a entrevista, também poderá se recusar a responder qualquer pergunta, independente do motivo.

Sua participação será através de uma entrevista com duração média de sessenta minutos. Para tanto, solicitamos sua permissão para a gravação de suas respostas, bem como a posterior transcrição das mesmas. Além disso, a sua participação neste estudo não oferecerá riscos à sua saúde ou à relação com o serviço.

Você não terá custos ao participar deste estudo. Estão garantidos e assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo a guarda do mesmo de responsabilidade do pesquisador. O acesso aos dados será feito somente através do contato com os pesquisadores. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos.

Assinando este termo, você concorda em participar voluntariamente deste estudo e declara que todas as dúvidas foram sanadas. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de janeiro, _____ de _____ de _____.

_____ _____
Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3°andar - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2334-2180.

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O contexto neoliberal e o trabalho das enfermeiras obstétricas
Pesquisador: Manoel Luís Cardoso Vieira
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 81886217.1.0000.5282
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.545.503

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, tendo como objeto de estudo o trabalho das enfermeiras obstétricas da cidade do Rio de Janeiro no contexto neoliberal.

Objetivo da Pesquisa:
Descrever o processo de trabalho das enfermeiras obstétricas frente ao modelo neoliberal;b) Analisar como a organização e as condições de trabalho interferem no processo saúde-doença dessas especialistas;c) Discutir as estratégias de defesa usadas por essas profissionais durante a execução de seu trabalho no campo obstétrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Este estudo apresenta risco mínimo como sentimento de constrangimento em responder as perguntas e possíveis lembranças evocadas;
Benefícios: A pesquisa possibilitará contribuições importantes no campo da pesquisa na enfermagem obstétrica, na saúde do trabalhador e contribuições para a assistência na área da enfermagem obstétrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O projeto apresenta coerência entre os objetivos e a metodologia proposta; o cronograma está adequado às etapas previstas. A etapa de campo da pesquisa não se desenvolverá em ambiente institucional, dispensando assim termo de anuência

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3°and. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram descritos todos os termos de apresentação obrigatória. O orçamento (financiamento próprio) foi apresentado de forma detalhado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Orçamento	FinanciamentoManoel.doc	15/03/2018 11:13:41	Patricia Fernandes Campos de Moraes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1025822.pdf	04/03/2018 21:16:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/02/2018 17:29:11	Manoel Luís Cardoso Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O_contexto_neoliberal_e_o_trabalho_das_enfermeiras_obstetricas.docx	05/02/2018 17:28:35	Manoel Luís Cardoso Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Manoel.pdf	22/11/2017 14:03:54	Manoel Luís Cardoso Vieira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	03/11/2017 10:56:59	Manoel Luís Cardoso Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3°and. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

RIO DE JANEIRO, 15 de Março de 2018

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3°and. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br