Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Marina Nunes de Souza

O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica das acadêmicas de enfermagem

Rio de Janeiro

2019

Marina Nunes de Souza

O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica das acadêmicas de enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, 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/BIBLIOTECA CB/B

S729 Souza, Marina Nunes de.
O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica das acadêmicas de enfermagem / Marina Nunes de Souza. - 2019.
111 f.

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

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermeiras obstétricas - Organização e administração. 3. Saúde do trabalhador. 4. Educação em enfermagem. 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 dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Marina Nunes de Souza

O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica das acadêmicas de enfermagem

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

Aprovada em 18 de fevereiro de 2019.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Cristiane Helena Gallasch

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Carla Luiza França Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que me deu forças para vencer todas as dificuldades; às pessoas mais essenciais em minha vida, meus pais, que me deram com muita coragem, o bem mais precioso, a vida, que me apoiaram nos momentos de angústia e que fazem de tudo para os meus sonhos se tornarem possíveis, e ao meu avô materno Everaldo Nunes (*in memoriam*), que sempre acreditou em mim.

AGRADECIMENTOS

Aos meus ídolos, meus pais Mário e Rosângela, obrigada pelo amor incondicional, pelo exemplo de vida, pelas palavras de incentivo, que foram minha força nos momentos de angústia e desespero, obrigada por sempre me apoiarem em tudo que eu precisava durante a minha vida.

À minha querida orientadora, Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti, expresso minha profunda gratidão, por acreditar em mim, pela paciência, por sua dedicação, compromisso e pelas palavras que me impulsionaram a querer melhorar a cada dia mais. Obrigada!

Estes últimos anos foram, com certeza, um período muito especial, de muita aprendizagem, de desafios e conquistas no campo profissional e pessoal. Agradeço imensamente a TODOS que contribuíram para que eu concluísse o mestrado. Certamente, são muitas as pessoas a agradecer... Todas as contribuições foram importantes, essenciais mesmo para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada!

Às minhas Amigas e Amigos, desculpem pelos muitos momentos de ausência. Certamente foi por um bom motivo!

A um anjo que o mestrado colocou em minha vida, que sempre me ajuda em todo esse processo, obrigada Marina Caldas, espero que os laços construídos só fiquem mais fortes e que nossa amizade perdure.

Um mero professor apenas aponta o caminho das estrelas; UM PROFESSOR de verdade ajuda a alcançá-las.

Lídia Vasconcelos

RESUMO

SOUZA, Marina Nunes de. **O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica das acadêmicas de enfermagem**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, cujo objeto de estudo foram as percepções das acadêmicas de enfermagem sobre a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas nas maternidades. Este estudo objetivou descrever como as acadêmicas de enfermagem percebem a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas que atuam nas maternidades e discutir quais os sofrimentos, prazeres e defesas que as acadêmicas de enfermagem apresentam em decorrência dessa organização. Participaram da pesquisa 13 acadêmicas de enfermagem que seguiram os critérios de inclusão. Após aprovação pelo Comitê de Ética, através do Parecer sob o nº CAAE 82003517.6.00005259, foram realizadas entrevistas semiestruturadas mediante um roteiro composto por duas partes: a primeira que se destinou à apreensão de características gerais das participantes e a segunda parte constituiu-se de tópicos abertos com base nas categorias teóricas de Christophe Dejours. Os dados obtidos, após a aplicação da análise temática de conteúdo de Bardin, foram agrupados em duas categorias: "A percepção das acadêmicas sobre o contexto do trabalho das enfermeiras", com 53 URs e "Vivência de sofrimento e prazer pelas acadêmicas", com 50 URs. Os resultados mostraram que as acadêmicas percebem que a enfermeira obstétrica possui autonomia (16 URs), mediante a realização do parto. Percebem também que o trabalho das enfermeiras generalistas privilegia mais o preenchimento de formulários, folhas de evolução e delegação das atividades (características de autoridade burocrática), em detrimento da assistência ao paciente. Todas as participantes do estudo perceberam a liderança da enfermeira no processo de trabalho da enfermagem. Para as acadêmicas de enfermagem, é fonte de prazer e felicidade o reconhecimento das atividades desenvolvidas por elas, a proximidade de tornar-se de fato enfermeira e sentir-se útil para a sociedade. Como causa de sofrimento, as participantes relataram a falta de reconhecimento e a vivência da violência obstétrica nas maternidades. Conclui-se a necessidade de repensar a formação das acadêmicas de enfermagem, uma vez que os aspectos referentes à organização do trabalho das enfermeiras – não somente os aspectos físicos, mas, também, sociais, culturais, ambientais e afetivos – refletem no processo de formação educacional e na transformação de sujeitos críticos e reflexivos capazes de avaliar a importância da organização do trabalho, evitando, assim, o adoecimento e o alienamento das causas do sofrimento, causados pela organização do trabalho que se mantém inalterada.

Palavras-chave: Trabalho feminino. Enfermagem. Saúde da mulher. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

SOUZA, Marina Nunes de. **The work of nurse-midwives from the perspective of academic nursing students**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This is an exploratory, descriptive research with qualitative approach, whose object of study was the perceptions of nursing academics on the nurse-midwives' organization of work in the maternity wards. This study aimed to describe how the nursing academics perceive the work organization of nurse-midwives who work in maternity wards and discuss the sufferings, pleasures and defenses that these academics present as a consequence of such organization. Thirteen nursing academics who fulfilled the inclusion criteria participated in the study. After approval by the Ethics Committee through the CAAE number 82003517.6.00005259, semi-structured interviews were held following a script which consisted of two parts: the first part was destined to the apprehension of the participants' general characteristics; and the second part consisted of open topics based on the theoretical categories of Christophe Dejours. The data obtained, after the thematic content analysis of Bardin was applied, were grouped into two categories: "The academics' perception about the work context of nurses", with 53 RU and "Experience of suffering and pleasure by academics", with 50 RU. The results showed that the academics realize the nurse-midwife has autonomy (16 RU) in childbirth. They also notice that the work of the generalist nurses favors more the filling out of forms and evolution sheets, as well as the delegation of activities (characteristics of bureaucratic authority), to the detriment of patient care. All the participants in the study realized the nurses' leadership in the nursing work process. For the nursing academics, the recognition for the activities developed by them, the proximity of becoming a nurse and feeling useful to society are a source of pleasure and happiness. As a cause of suffering, the participants reported the lack of recognition and experiencing obstetric violence in maternity wards. It is concluded the need to rethink the training of nursing academics, since the aspects related to the nurses' work organization - not only physical, but also social, cultural, environmental and emotional ones - reflect on the process of education and on the transformation of critical and reflective subjects able to assess the importance of work organization, thereby avoiding illness and alienation from the causes of suffering originating from a work organization that remains unchanged.

Keywords: Women's work. Nursing. Women's health. Worker's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Esquema sinóptico das categorias de Dejours 2015.....	47
Figura 2 –	Categorias teóricas de acordo com os dados da pesquisa.....	54
Quadro 1 –	Caracterização das participantes.....	57
Figura 3 –	Esquema sinóptico das subcategorias.....	59
Figura 4 –	Esquema de reconhecimento.....	84
Quadro 2 –	Categorias teóricas de acordo com dados encontrados na pesquisa.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPN	Centro de Parto Normal
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCN	Diretrizes Nacionais Curriculares
ECS	Estágio Curricular Supervisionado
FIES	Financiamento Estudantil
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica
ProUni	Programa Universidade para Todos
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1	**REVISÃO DE LITERATURA**.....	19
1.1	**O trabalho no contexto neoliberal**.....	19
1.2	**O trabalho feminino**.....	22
1.3	**Os impactos das transformações neoliberais no trabalho feminino**.....	25
1.4	**O trabalho na saúde e na enfermagem**.....	27
1.5	**O contexto neoliberal e a influência na formação em nível superior na enfermagem**.....	29
1.6	**A importância do estágio curricular na formação de enfermagem**.....	31
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	34
2.1	**Conceitos de Cristophe Dejours**.....	34
2.2	**O significado do trabalho**.....	35
2.3	**A organização do trabalho**.....	38
2.4	**As condições de trabalho**.....	39
2.5	**Relações de trabalho**.....	41
2.6	**As vivências de sofrimento no trabalho**.....	42
2.7	**As vivências de prazer no trabalho**.....	43
2.8	**Estratégias defensivas**.....	44
2.9	**A articulação das categorias de Dejours com o estudo**.....	46
3	**METODOLOGIA**.....	48
3.1	**Tipos de estudo**.....	48
3.2	**Participantes do estudo**.....	49
3.3	**Questões éticas**.....	49
3.4	**Coleta de dados e captação das participantes do estudo**.....	50
3.5	**Análise dos dados**.....	51
4	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**.....	55
4.1	**Caracterização das participantes do estudo**.....	55
4.1.1	O vínculo empregatício.....	56
4.1.2	Renda familiar.....	58

4.2 **Categoria 1: A percepção das acadêmicas sobre o contexto do trabalho das enfermeiras**..... 59
4.2.1 Subcategoria 1: A percepção das acadêmicas sobre a organização do trabalho da enfermeira..... 60
4.2.1.1 Percepção das acadêmicas sobre a autonomia da enfermeira obstétrica no trabalho..... 60
4.2.1.2 Percepção das acadêmicas sobre a burocracia/ hierarquia existente no trabalho das enfermeiras..... 64
4.2.1.3 Percepção das acadêmicas sobre a liderança das enfermeiras no trabalho..... 67
4.2.2 Subcategoria 2: Condições de trabalho..... 72
4.2.2.1 Percepção das acadêmicas de enfermagem sobre o trabalho fatigante das enfermeiras..... 73
4.2.2.2 Percepção das acadêmicas de enfermagem das condições de trabalho inadequadas..... 74
4.3 **Categoria 2: Vivência de sofrimento e prazer**..... 76
4.3.1 Subcategoria 1: Vivência de sofrimento..... 77
4.3.1.1 Falta de reconhecimento do trabalho das enfermeiras como fator de sofrimento..... 77
4.3.1.2 Presenciando a violência obstétrica..... 79
4.3.2 Subcategoria 2: Vivência de prazer..... 82
4.3.2.1 Reconhecimento como fonte de prazer..... 82
4.3.2.2 Resignação do sofrimento..... 85
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 87
REFERÊNCIAS..... 89
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados..... 103
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 106
APÊNDICE C – Categorias teóricas..... 108
ANEXO – Carta de aprovação do CEP..... 109

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto as percepções das acadêmicas[1] de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) sobre a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas.

Até os anos de 1990, quando surgiu em nossa sociedade o movimento de humanização[2] do parto e do nascimento, a forma de produzir o cuidado na obstetrícia estava centrada no modelo assistencial tecnocrático[3], que, em decorrência do uso indiscriminado de intervenções na gestação, parto e nascimento, resultou no aumento das taxas de morbimortalidades materna e neonatal (PRATA, 2016; PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Ainda nessa época, diante dos muitos efeitos indesejáveis do excesso de medicalização da gestação e do parto, foi preciso que o governo brasileiro iniciasse a elaboração de políticas públicas que atendessem às reivindicações anti-hegemônicas dos movimentos sociais de humanização do parto e do movimento das mulheres. Para tal, fez-se necessário o reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado obstétrico, com primazia do trabalho vivo sobre o trabalho morto e das tecnologias leves e leve-duras sobre as duras (MERHY, 2002; PRATA, 2016).

O trabalho vivo no campo dos estudos sobre o trabalho em saúde se refere ao ato criativo, ao momento da produção no qual o trabalhador utiliza o seu potencial inventivo para dar materialidade ao objetivo de seu trabalho, entendendo que a matéria-prima do trabalho em saúde é o encontro, o que implica que a produção se executa entre trabalhador e usuário. O trabalho morto se configura como conjunto de elementos já dados que exercem sobre a produção uma forma rígida. Corresponde, por exemplo, às regras e exigências existentes como projetos, normas, exigências, organização de uma linha de produção, etc. A dimensão do trabalho vivo é maior do que a do trabalho morto e outros que se manifestam de modo

[1] Neste estudo, utilizaremos o feminino para nos referirmos às enfermeiras obstétricas e alunas de enfermagem, por entender que as mulheres são maioria nessa profissão.

[2] A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) é um movimento social e político criado em 1993, em contraponto ao modelo tecnocrático, mostrando os riscos à saúde de mães e bebês frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas, resgatando a natureza fisiológica do nascimento e revalorizando o nascimento humanizado, a autonomia da mulher e seu poder de decisão sobre seu corpo e seu parto (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 1993).

[3] Modelo tecnocrático baseia-se no cuidado obstétrico pautado na abordagem biomédica, no potencial patológico da gestação, do parto e do nascimento, e na assistência hospitalocêntrica com a medicalização do corpo, valorizando o profissional médico como protagonista da história (DAVIS-FLOYD, 1994).

contrário, ou seja, processos de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto (MERHY, 2005).

No Rio de Janeiro, em 1994, houve iniciativas de gestores da saúde para a mudança do núcleo tecnológico de trabalho morto para vivo com a política de inserção de enfermeiras obstétricas no cuidado à mulher na gestação, parto e pós-parto humanizados em maternidades municipais. Nesse sentido, a criação da maternidade Leila Diniz ganhou destaque na luta das enfermeiras obstétricas para atuarem na perspectiva das tecnologias em que o cuidado estimularia o parto normal em detrimento das cesarianas (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a inserção da enfermeira obstétrica na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, publicou as Portarias nº 2.815/98[4] e 169/98[5], que legitimaram a atuação dessas especialistas na atenção ao parto normal no campo obstétrico. Nesse mesmo período, o Rio de Janeiro segue com sua proposta de implantar a atenção humanizada à gestante e à parturiente na Área Programática 3.3, abrangendo as maternidades Herculano Pinheiro e Alexander Fleming (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA et al., 2010).

Em 1999, em âmbito nacional, o MS cria a Portaria nº 985/GM, que regulamenta a criação de Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS (BRASIL, 1999).

Em 2000, foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria nº590/GM/MS, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbidade-mortalidade materna, perinatal e neonatal no país, baseando-se no direito à cidadania e no direito ao acesso por parte das gestantes e dos recém-nascidos à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal de qualidade, tanto nas gestações de risco habitual como nas de alto risco (BRASIL, 2000).

Em 2003, foi implantado o Humaniza-SUS, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. A partir dessa política, o MS passou a recomendar espaços que possibilitam a privacidade da parturiente e de seus familiares, além de acolhimento singular (HUMANIZAÇÃO, 2015).

Em 2004, no Rio de Janeiro, ocorreu a inauguração da Casa de Parto David Capistrano Filho, a inserção de enfermeiras obstétricas na Maternidade Municipal Carmela Dutra e o início da primeira turma do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na

[4] Portaria que estabeleceu a inclusão do procedimento parto normal sem distorcia realizado por enfermeiro obstetra nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS (BRASIL, 1998).

[5] Descreve as atribuições das enfermeiras obstétricas nesse tipo de atendimento e determina o laudo de internação de enfermagem para a emissão de autorização de internação hospitalar (AIH) de mulheres que tiveram parto normal (BRASIL, 1998).

Modalidade de Residência, na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em parceria com a SMS/RJ (AZEVEDO, 2008; BARBOSA, 2015; COSTA, 2007; PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Ainda em 2004, foi aprovado, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, sendo, nesse momento, lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que veio consolidar e ampliar os conceitos de saúde da mulher do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004).

Em 2009, a Portaria n. 116, de 11 de fevereiro, regulamentou a emissão de Declaração de Nascimento por profissionais de saúde nos partos domiciliares, que deixou de ser atividade exclusiva dos médicos e passou a poder ser feita também pelas enfermeiras obstétricas, constituindo-se em mais um campo de trabalho para a enfermagem (BRASIL, 2009).

Em 2011, o MS e município do Rio de Janeiro implantaram paralelamente o Programa Rede Cegonha e o Cegonha Carioca, que preconizam a inserção da enfermagem obstétrica na assistência, com o objetivo de reorganizar a assistência na área materno-infantil e de promover a capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde, para que esses possam agir de forma a prestar um serviço humanizado e de qualidade às mulheres e às crianças, dando uma resposta à violência obstétrica através do cuidado e da assistência baseada em evidências de acordo com a Portaria n° 1459, de 2011 (BRASIL, 2011).

Em 2012, em decorrência da implantação da Rede Cegonha, instituiu-se a Portaria n° 5, de 31 de outubro, do MS/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a qual criava o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Pronaenf) (BRASIL, 2012).

A supremacia da visão neoliberal no mundo usa a educação a favor do capitalismo, voltando-a para desenvolver habilidades que permitam ao trabalhador exercer sua função no mercado de trabalho com a competência que a produção exige. Sob essa ótica, não interessa que o egresso da universidade tenha “habilidade racional”, isto é, seja capaz de pensar o mundo e a si mesmo e elaborar uma crítica. O que interessa é que ele seja “competente” para dar conta das tarefas às quais é submetido. A educação passa a existir para suprir os espaços do mercado, preparando mão de obra, de preferência barata, para alicerçar a economia (SANTOS; MESQUIDA, 2007).

A influência do neoliberalismo intervém na educação e a coloca em uma posição estratégica em seu projeto de hegemonia para a regulação e o controle social com vistas a servir aos propósitos empresariais e industriais. A educação é como mercadoria, portanto,

mais um produto pelo qual as pessoas têm que lutar para ter acesso; esse produto, no entanto, é também um requisito para uma "boa formação" que possibilite uma maior chance de conseguir um "bom emprego" (SILVA JÚNIOR, 2002).

As políticas neoliberais proclamam, hoje, a autonomia de todos os indivíduos para forjar uma ideia de inclusão e corresponsabilidade na constituição das relações de mercado, ou seja, no consumo e na oferta dos serviços. Os resultados da proclamação da autonomia dos indivíduos são a naturalização e a culpabilização de sua incapacidade em competir com "competência"; desejáveis para o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico para o pleno desenvolvimento humano – o saber fazer, o saber ser e o saber pensar – são antagônicos aos interesses dos responsáveis pelas atividades produtivas, posto que, para esses, a noção de competência está mais relacionada ao saber (necessário para realizar a atividade produtiva, ou, no máximo, para propor melhores meios de realizar a mesma atividade em menos tempo, propiciando mais lucro) e ao saber fazer, saber agir, saber competir (SANTOS; MESQUIDA, 2007).

O conceito de competência surgiu na década de 1980, em função de novas exigências da produção, como flexibilização, integração de setores, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores, e valorização dos saberes não ligados ao trabalho prescrito nos protocolos formais das organizações. A competência profissional passou a ser entendida como algo contextual, mutável. No plano das atitudes, passou-se a requerer dos trabalhadores o aumento da sua disponibilidade pessoal e da sua disposição para assumir mutações, ritmos variados e formas flexíveis de trabalho, características necessárias à gestão organizacional (MACHADO, 2007; RAMOS, 2002).

Essa integração levou à mudança na formação da enfermeira, formação esta que requer a atuação em coletivos capazes de incidir sobre as políticas públicas, permitindo, assim, superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade do ensino (SILVA, 2011).

Com o Programa Cegonha Carioca em 2016, a SMS/RJ aumentou os postos de trabalho para as enfermeiras obstétricas, contudo a contratação se faz através das Organizações Sociais (OS), reafirmando, assim, a flexibilização da saúde no setor público pela fragmentação dos vínculos com a administração pública; essa circunstância remete a uma das faces da precarização do trabalho no SUS (PRATA, 2016), incorporada à ideia de Estado-mínimo, pautando-se, então, pela desregulação e privatização como instrumentos para gerar eficiência na gestão das organizações e programas públicos.

Quanto aos Recursos Humanos, preconiza-se a flexibilização das relações trabalhistas, possibilitando as terceirizações e abrindo espaço para a precarização dos vínculos de trabalho na administração pública e possibilitando a contratação de OS (AZEVEDO, 2005).

Desta forma, o trabalho estável torna-se então informal, sendo possível observar a erosão do trabalho contratado e regulamentado ao ser substituído pelas diversas formas de extração do sobretrabalho e ao reforçar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais adquiridos. As inovações adotadas nas relações de trabalho durante os anos 1990, como o banco de horas e a participação nos lucros e resultados, em um contexto de elevado desemprego, ampliaram o grau de flexibilidade dos contratos de trabalho, provocando tanto a redução da proteção social quanto uma desvalorização dos rendimentos do trabalho (DEDECCA, 2006).

Apesar dos incentivos governamentais de inserção e formação de enfermeiras obstétricas no cuidado às mulheres, salienta-se que existe desvalorização do trabalho dessas profissionais, manifesta pelas desigualdades salariais, pela intensificação laboral e pelas condições adversas das relações no campo obstétrico hierarquizado (MOREIRA, 2017).

Nesse contexto, houve mudanças nos processos produtivos a serem verificadas na incorporação de novas tecnologias de cuidar, em outras maneiras de organizar o processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro (CAMPOS, 2010).

Nesse sentido, as relações de trabalho podem privar o sujeito de sua subjetividade, excluindo-o de aspectos importantes do mundo laboral e tornando-o uma vítima de seu trabalho. Assim, o sofrimento humano nas organizações é causado pela frustração das expectativas de satisfação pessoal e de felicidade, pois o sujeito, quando adentra no mundo do trabalho, descobre que o mesmo pode ser fonte de insatisfação e de infelicidade, pessoal e profissional. É importante reconhecer que o que é sofrimento para um não necessariamente o é para o outro, mesmo quando submetidos a uma mesma condição adversa; ou seja, o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos (DEJOURS, 2015a).

Diante do exposto, foram delimitados os seguintes objetivos:

a) Descrever como as acadêmicas de enfermagem percebem a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas;
b) Discutir quais os sofrimentos, prazeres e defesas que as acadêmicas de enfermagem apresentam em decorrência da organização do trabalho das enfermeiras obstétricas.

Este estudo, que está inserido no Grupo de Pesquisa sobre Desmedicalização no Contexto da Saúde e da Enfermagem, contribuirá com o ensino de graduação em enfermagem, pois é um alerta aos professores para a introdução de uma reflexão crítica acerca da organização e do processo de trabalho das enfermeiras no processo de formação. Refletir sobre o impacto da organização do trabalho sobre as acadêmicas de enfermagem é de suma importância para que estas possam compreender e intervir, como futuras enfermeiras, nas situações que possam causar doenças nas trabalhadoras e que suas ações se reflitam em uma assistência humanizada.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentadas algumas considerações sobre a temática, trazendo as ideias dos autores que as fundamentaram.

1.1 O trabalho no contexto neoliberal

O trabalho sempre fez parte da vida dos seres humanos. O que mudou foi a sua organização ao longo dos séculos. No final do século 19, as organizações eram poucas e o que prevalecia eram pequenas oficinas, artesãos independentes, profissionais autônomos e pequenas escolas, etc. (CHIAVENATO, 2000).

Na década de 1970, o padrão de acumulação do modo de produção capitalista vigente passou por uma crise global que se caracterizou por uma crise estrutural; o capitalismo começou a dar sinais de um quadro crítico, evidenciado pela queda da taxa de lucro e pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista (acumulação rígida) de produção, que atingiu o conjunto das economias capitalistas centrais, com fortes repercussões em diversos países, dado o caráter mundializado do capital. Essa crise teve como expressão o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, acarretando profundas modificações no mundo do trabalho, entre elas um enorme desemprego estrutural e um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, conduzidas pela lógica societal que privilegia a produção de mercadorias e que valoriza o capital (ANTUNES, 2008a).

Em resposta à crise, iniciou-se um processo de restruturação do próprio capital e de seu sistema de dominação, cuja consequência foi o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal. A isso se seguiu um processo de reestruturação da produção e do trabalho, buscando dotar o capital do instrumental necessário para repor os patamares de expansão anteriores (ANTUNES, 1999).

Foi nesse contexto que as forças do capital conseguiram reorganizar-se, introduzindo novos desafios para o mundo do trabalho, que passou a ter, a partir de então, condições bastante desfavoráveis para os trabalhadores (FERREIRA, 2005).

É neste cenário que surgiu o toyotismo, ou modelo japonês, como uma alternativa para o Ocidente no esforço de reconfigurar o processo produtivo através de modelos de acumulação flexíveis, formas alternativas de gestão e avanço tecnológico caracterizado: por sua produção estar vinculada à demanda de consumo e não à produção em série ou em massa e a produção é variada e heterogênea; o trabalho operário se desenvolve em equipe; a produção flexível possibilita ao trabalhador operar várias máquinas ao mesmo tempo, tem o *just in time* como princípio; utiliza o sistema *kanban* para reposição de peças e estoques, tendo um estoque mínimo se comparado ao fordismo; estrutura da produção é horizontalizada; organiza os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) (ANTUNES, 1999).

Os efeitos do toyotismo sobre os trabalhadores têm sido devastadores, levando a uma heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora. Os trabalhadores vivenciaram dois surtos de deflação, viram o aumento do desemprego estrutural em níveis sem precedentes no pós-guerra, a destruição e reconstrução de habilidades, baixos ganhos salariais e o retrocesso do poder sindical. Com relação ao mercado de trabalho, os patrões aproveitaram o enfraquecimento do poder sindical e a grande mão de obra excedente para implementar regimes de trabalho mais flexíveis.

A reestruturação do capital também exigiu uma reestruturação do Estado de forma que garantia sua reprodução. A ofensiva política e econômica à crise manifestou-se pelo neoliberalismo, pois "o processo de reestruturação produtiva do capital é a base material do projeto ideopolítico neoliberal, a estrutura sob a qual se erige o ideário e a pragmática neoliberal" (ANTUNES, 1999).

Vários foram os diagnósticos sobre as razões da estagnação e as formas de superá-la; porém, a culpa recaiu sobre o Estado, a partir da consideração de que o mesmo seria o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico, fosse por limitar a livre circulação de capital, fosse por gerar gastos excessivos, o que acabou reduzindo seu papel regulatório (SADER, 2008).

Partindo da política neoliberal, a ideia era privatizar o público seria a solução, já que a privatização favoreceria a competição, melhorando a qualidade dos produtos e reduzindo seus custos; assim, a função do Estado passaria a ser o favorecimento desses mecanismos econômicos, que produziriam vantagens para todos (SADER, 2008).

O modelo neoliberal no Brasil iniciou no final do governo Sarney, perpassou os governos Collor e Itamar, e consolidou-se com o presidente Fernando Henrique Cardoso, iniciado em meados dos anos 1990; então, a transição para o novo modelo de regulação e a chamada globalização neoliberal pareciam, até certo ponto, inevitáveis. Esse modelo trouxe

claros avanços econômicos, como o crescimento exponencial do livre-comércio internacional, a ocupação do cenário econômico por grandes blocos em lugar das economias nacionais e a agilidade e velocidade de circulação de capital; mas, por outro lado, os Estados tornaram-se mais fracos diante dos mercados e, consequentemente, perderam a capacidade de controlar suas economias (FERREIRA, 2010).

As características políticas neoliberais, com sua desregulamentação da economia, introduziram o princípio de flexibilização dos contratos, que atenderia às novas necessidades do mercado de trabalho, o qual já não comportava mais a rigidez dos contratos anteriores; o resultado foi um grande aumento da precarização dos vínculos de trabalho (FERREIRA, 2010).

Para a efetiva flexibilização do aparato produtivo, são imprescindíveis a flexibilização dos trabalhadores; nesse sentido, ressalta-se que as diversas formas transitórias de produção levam a desdobramentos agudos e os direitos do trabalho acabam flexibilizados e desregulamentados. Assim, a eliminação de direitos e conquistas históricas dos trabalhadores é umas das principais consequências das transformações no processo de produção e trabalho, com reflexos no mundo do trabalho contemporâneo. Um desses reflexos foi o aumento significativo do trabalho feminino, que atinge mais de 40% da força de trabalho nos países avançados e que tem sido preferencialmente absorvido pelo capital no universo do trabalho precarizado e desregulamentado; assim reduz-se o número de funcionários e aumentam-se a terceirização e a subproletarização, incentivando o trabalho precário e parcial, e ampliando o desemprego estrutural (ANTUNES, 2008b).

Além disso, a intensificação da globalização contribuiu muito para a precarização das relações de trabalho, pois, embora o termo globalização possa sugerir a ideia de inclusão de todos os países, regiões e pessoas que se adequarem aos novos padrões de desenvolvimento capitalista, o que se percebe, de modo geral, é a lógica da exclusão da maioria dos países que, em nome do desenvolvimento econômico, tiveram seus povos explorados por países detentores do capital mundial (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2008).

A flexibilização do trabalho vem intensivamente ampliando empregos precários e sem proteção social. Há, assim, o aumento de postos de trabalho informais. As reestruturações produtivas como forma de garantir a própria reprodução do capital vêm fragilizando cada vez mais as condições de trabalho, tanto para o homem quanto para a mulher. No entanto, a exploração da mão de obra se tornou mais incisiva para o gênero feminino. Por exemplo, constatou-se no número de horas trabalhadas por semana na ocupação principal de ambos os

sexos; entretanto, esse declínio é maior para as mulheres (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Com as transformações no mundo do trabalho, o Estado brasileiro assumiu uma feição mais liberal no que se refere à desregulamentação do trabalho e do bem-estar; com isso, observa-se o processo de precarização nas relações de trabalho em diversos setores, entre eles, o de saúde (COSTA, 2009).

Em 1990, no Brasil, a entrada dos pressupostos neoliberais se deu no momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultando em um quadro caracterizado por: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica, mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada), grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público, terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos, e formação de um sistema de saúde complementar (GIMENEZ; KREIN, 2016).

Nessa perspectiva, houve o aumento da produtividade no trabalho da enfermagem, acompanhado dos baixos salários e de duplos vínculos, o que levou essas trabalhadoras a permanecerem a maior parte do tempo de suas vidas no ambiente ocupacional, sem contar com as atividades de seu próprio lar. Nesse sentido, há maior desgaste psicofísico, com avanço do processo saúde-doença, o que resulta na baixa qualidade de vida dessas trabalhadoras e na piora do cuidado prestado (GÓIS; GUIMARÃES; MEDEIROS, 2010).

A inserção da mulher no mercado de trabalho tem sido acompanhada por segregações e discriminações que a colocam em condições menos favoráveis no campo socioprofissional. A divisão social do trabalho não é uma simples divisão de tarefas, mas, antes, é a manifestação de uma realidade histórica algo fundamental: a existência de diferentes formas de propriedade, isto é, a divisão entre, de um lado, as condições e os instrumentos ou meios de trabalho e, de outro, o próprio trabalho. Essa divisão leva, por sua vez, à desigual distribuição do produto de trabalho (CHAUÍ, 1980).

1.2 **O trabalho feminino**

O papel da mulher na história tem sido modificado ao longo dos séculos, e vem ganhando cada vez maior significado. Em contextos marcados por uma sociedade patriarcal em que a mulher costuma ser entendida como um ser submisso ao seu marido, destinado à

procriação, na reclusão ao ambiente doméstico e por práticas e dogmas relativos ao matrimônio, em um espaço no qual era tido como naturalmente masculino, independentemente da classe social a que pertencessem, as mulheres enfrentaram inúmeros obstáculos para participarem do mundo "público do trabalho", uma vez que os valores adquiridos no espaço privado, ou seja, na família, servem para reforçar as barreiras, que vão desde a variação salarial à intimidação física, da desqualificação intelectual ao assédio sexual (RAGO, 2001).

No século 19, com a consolidação do sistema capitalista, houve uma série de transformações na sociedade que culminaram na mudança do papel das famílias. Junto ao avanço do desenvolvimento tecnológico e o intenso crescimento da maquinaria, as fábricas demandavam mão de obra barata. Mulheres, crianças e as famílias operárias eram levadas a ofertar este trabalho, devido à baixa remuneração e à falta de regulamentação trabalhista, sendo nesse sentido o trabalho feminino considerado degradante, pois eram as mulheres das famílias pobres que eram obrigadas a deixar o lar e o cuidado dos filhos para se submeterem aos trabalhos nas fábricas e minas; tal transformação mexeu diretamente com o papel da mulher nesta nova configuração de sociedade (STEARN, 2010).

Incentivadas ou não pela necessidade de complementar a renda salarial, a inserção de mulheres no mercado de trabalho vem ocorrendo em vínculos precários e vulneráveis nos setores em que tradicionalmente continuam sendo mais mal remuneradas, além de submetidas a extensas e incalculáveis jornadas de trabalho, fruto da acumulação do trabalho pago com o serviço de cuidados. Isso demonstra a persistente divisão sexual e racial do trabalho que ocasiona o ingresso de uma parcela importante de mulheres em contratos atípicos, na terceirização ou no autoempresariamento precário, ainda que se verifique a ocorrência de crescimento econômico com ampliação da formalização das relações de trabalho (PINHEIRO et al., 2016).

A divisão sexual do trabalho, e a distribuição do poder e do prestígio a ela associados, atingiu seu momento mais marcante ao final do século 19. Com a inevitável participação feminina no mercado de trabalho, o desenvolvimento dos setores comerciais, a luta contra a discriminação, pelo direto ao voto e pela igualdade, foi permitido às mulheres ocuparem um volume cada vez mais diversificado de oportunidades. Mesmo que uma emancipação plena ainda estivesse longe de acontecer, surge uma educação especializada para a mulher, ainda que impregnada de diversas subalternidades e exclusões (MEDEIROS, 2006).

No Brasil, ainda na Primeira República, as mulheres, principalmente aquelas oriundas das camadas populares, já exerciam atividades produtivas. A maioria delas residia em área

rural, característica predominante da população brasileira num momento anterior ao processo de urbanização, e trabalhava em suas próprias casas, exercendo um importante papel no modelo de produção familiar. Na indústria, a participação das mulheres também era significativa, sobretudo nas regiões que sofriam maior influência do processo de modernização; no ramo têxtil, sua atuação era superior à masculina (BATALHA, 2000).

A partir da revolução de 1930, a era dos direitos trabalhistas trouxe iniciativas determinantes para reestruturação do mercado de trabalho no Brasil, bem como contribuições para a ampliação de postos de trabalho formais e a redução do desemprego e da informalidade. Após a década de 1940, que trouxe consigo o início do processo de industrialização e expansão das indústrias siderúrgicas, petrolíferas, química, farmacêutica e automobilística, houve um crescimento da incorporação da força de trabalho feminino no mercado de trabalho, havendo uma diversificação do tipo de ocupações assumidas pelas mulheres (POCHMANN, 2001).

Foi na década de 1970 que a mulher passou a ingressar de forma mais acentuada no mercado de trabalho, surgindo movimentos sindicais e movimentos feministas no Brasil que trouxeram mudanças de valores culturais e sociais em relação à mulher e suas ocupações. A mulher ainda ocupava as atividades relacionadas aos serviços de cuidar (nos hospitais, a mulheres, em sua maioria, eram enfermeiras e atendentes, professoras e educadoras em creches), prestavam serviços domésticos (ser doméstica), eram comerciárias e uma pequena parcela trabalhava na indústria e na agricultura (BRUSCHINI, 1996).

A partir de 1980, nasce a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a bandeira das mulheres ganhou mais força e visibilidade dentro dos movimentos sindicais. Com isso, ainda na mesma data, nasce a Comissão Nacional da Mulher Trabalhadora, que luta pela democratização das relações de gêneros e igualdade jurídica. O mercado de trabalho brasileiro passa a apresentar características distintas do padrão até então estabelecido após a década de 1930. Com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial e brasileira, a partir desse período, a dinâmica de crescimento do emprego formal é interrompida e o mercado de trabalho no Brasil passa a apresentar novas características. O homem deixou de ser o chefe da família e a mulher passou a ser considerada um ser tão capaz quanto o homem (BESSE, 1999).

Na década de 1990, em meio aos estilhaços da reestruturação produtiva de uma conjuntura de ajuste estrutural e à modificação nos modelos tecnológicos e produtivos, houve grandes metamorfoses nas relações de trabalho entre homens e mulheres. Uma dessas transformações foi o aumento significativo da participação da mulher no mercado de trabalho,

desta vez, em funções especializadas consideradas essencialmente masculinas, tais como engenharia, mecânica, aviação, entre outras, rompendo de vez os tabus (MARCHESAN, 2004).

O acesso das mulheres ao mercado de trabalho é algo muito recente. Assim, percebemos que sua jornada de afazeres e responsabilidades recebeu uma ampliação sem equilíbrio, além de suas novas responsabilidades profissionais, parcela significativa da sociedade atual ainda defende que as mulheres têm o dever de atingir um desempenho satisfatório em relação às atividades ligadas ao ambiente doméstico, à educação dos filhos, e mesmo em seu papel como esposa. Para além de tudo o que foi dito, a mulher, na sociedade contemporânea, ainda pode figurar como mantenedora exclusiva de seu lar, a depender da configuração de sua família.

1.3 **Os impactos das transformações neoliberais no trabalho feminino**

A questão da chamada "flexibilização" ou "acumulação flexível" tem ganhado destaque e importância para o entendimento das relações de trabalho e a organização da produção. Com a introdução do neoliberalismo, a partir dos anos de 1990, em terras brasileiras, intensifica-se a transformação organizacional e tecnológica no interior do processo produtivo, causando impactos significativos nas relações de trabalho, aprofundando-se a desregulamentação do mercado de trabalho com práticas de contrato "sem carteira assinada", por tempo determinado, tempo parcial, flexibilidade do limite legal da jornada de trabalho, demissão temporária, etc. (ANTUNES, 1999).

As novas estruturas de mercado de trabalho facilitam muito a exploração da força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo parcial, substituindo trabalhadores homens mais bem remunerados e mais difíceis de serem admitidos, pelo fato de o trabalho feminino ser mal remunerado. Também o retorno dos sistemas de trabalho doméstico e familiar e a subcontratação permite o ressurgimento de práticas e trabalhos de cunho patriarcal feitos em casa. Esse retorno segue paralelo ao aumento da capacidade do capital multinacional de levar para o exterior sistemas fordistas de produção em massa, e ali explorar a força de trabalho feminino, extremamente vulnerável em condições de remuneração baixa e pouca segurança no emprego (HARVEY, 1992).

Neste contexto, o trabalho, que seria sinônimo de emancipação feminina, apresenta uma crescentemente e contraditória determinação: aprisionar duplamente as mulheres. Em um sentido, elas são aprisionadas face à verdadeira deterioração de suas condições de trabalho e, em outro sentido, o aprisionamento advém da falta de uma redefinição de papéis entre homens e mulheres na esfera doméstica, existindo uma dinâmica sexista do capital na medida em que a opressão das mulheres é para os capitalistas um instrumento que permite gerir o conjunto da força de trabalho. A dominação capitalista de classe se efetiva produzindo e reproduzindo "diferenças" que, no fundo, reforçam desigualdades, inclusive de gênero (GONÇALVES, 2001).

O avanço neoliberal determina o aumento da feminização da pobreza, ou seja, dentre os pobres, as mulheres ou as famílias chefiadas por mulheres são as mais atingidas. O Estado é um grande empregador de força de trabalho feminina devido à sua responsabilidade pelas áreas de educação, saúde e serviços sociais, semelhantes às funções desempenhadas pelas mulheres no âmbito doméstico; a perda de serviços públicos como estes por uma concepção de Estado mínimo afeta duplamente as mulheres, com o desemprego e como usuárias destes serviços.

A precarização do trabalho feminino se deve ao capitalismo, pois este utilizou da divisão sexual do trabalho para estimular a competição dos trabalhadores, rebaixando os salários em decorrência do ingresso da força de trabalho feminina, incorporada à classe trabalhadora e recebendo salários ainda mais reduzidos (NOGUEIRA 2010).

Outra característica da precarização do trabalho feminino é a desigualdade de gênero presente no mercado de trabalho, pois as mulheres ganham menos do que seus colegas de profissão, e isso é recorrente não só no Brasil, mas também no mundo. Essa diferença se acentua principalmente quando se comparam os empregos nos setores econômicos, os grupos de horas trabalhadas, a posição na ocupação de estudo: as desigualdades salariais se repetem e são marcadas pela discriminação que ainda existe sobre as trabalhadoras, apesar de suas conquistas (BRUSCHINI; PUPPIN, 2004).

Dessa maneira, o trabalho feminino ainda é marcado pela presença das mulheres em empregos nos quais a precarização se encontra acentuada; há um elevado grau de discriminação não só em relação à qualidade das ocupações tanto no setor formal quanto no informal, mas principalmente nas desigualdades salariais entre homens e mulheres (PROBST, 2003).

1.4 **O trabalho na saúde e na enfermagem**

O conceito de trabalho em saúde poderia ser sintetizado em uma única palavra que lhe confere singularidade e grandeza: cuidar. “O trabalho em saúde produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida” (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

O trabalho em saúde é vivo em ato, pois o produto não é separável do ato da produção e o resultado é consumido no momento de sua realização, sendo a matéria-prima o homem, que tem como objeto o cuidado, como instrumentos as tecnologias leve, leve-dura e dura e como produto atos para a produção do cuidado, podendo estes serem de naturezas diversas: prevenção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde (MERHY, 2005).

Geralmente, o trabalho é feito em equipe e, em sua essência, é coletivo. Dessa forma, implica uma articulação entre diferentes formações técnico-científicas e das experiências de trabalho e sociais de cada profissional no que se refere ao processo de tomada de decisões. A mediação é feita por uma dimensão ético-política, mas também pelas incertezas provenientes da indeterminação das demandas e das descontinuidades nos atendimentos (DELUIZ, 2001).

Em relação ao trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas, etc. Trata-se da adaptação do “saber tecnológico ao contexto singular” (CAMPOS, 2010).

A partir dos anos 1980, as principais influências para o setor público da saúde, decorrentes das transformações no mundo do trabalho, recaem na questão do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível e participativo, aliados a processos de controle de qualidade em saúde, visando padronizar os atendimentos através de protocolos que definem o comportamento correto, e manter o foco no cidadão/usuário, pelo reconhecimento de suas necessidades e expectativas, bem como facilitar seu acesso aos serviços públicos (PEDUZZI, 2002; QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Apesar das denominações “atualizadas” dos elementos que compõem o processo de gestão na área da saúde pública no Brasil, é notada a presença de princípios tayloristas/fordistas na maioria de suas práticas, o que as tornam alvo de críticas, não só em relação à organização do trabalho e ao modelo de gestão adotado, mas também no que se refere à decorrente e crescente precarização das condições de trabalho e terceirização dos

serviços de saúde (ASSUNÇÃO; SERRA; TAVARES, 2012; CAMPOS, 2010; GUIMARÃES, 2009; SANTOS FILHO; BARROS, 2012).

O trabalho em saúde vem passando por profundas transformações, das quais pode-se destacar duas: a primeira é o processo de especialização e fragmentação das práticas profissionais que vem ocorrendo, o que tem resultado em crescente divisão técnica e social do trabalho em saúde; a segunda mudança diz respeito à sua institucionalização crescente, isso é, ser desenvolvido cada vez mais em instituições de saúde, elas próprias passando por importantes processos de transformação nos últimos anos. São transformações marcadas tanto pelo acelerado processo de transferência dos serviços de saúde para a gestão privada, como pela precarização das relações de trabalho e, ainda, pela introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional, com forte impacto na autonomia dos trabalhadores (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

Tais condições representam uma precarização do trabalho em saúde e vêm sendo consideradas, inclusive, como um importante obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde no Brasil. Além dos aspectos mostrados acima, outros estudos apontam para ausência de concursos públicos, aviltamento de carreiras e salários, terceirizações aleatórias, contratos temporários, equivocadas avaliações de desempenho, que comprometem a relação dos trabalhadores com a organização das unidades de atenção e prejudicam a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS (SANTOS FILHO; BARROS, 2012).

Entre os profissionais da saúde, destaca-se, por seu quantitativo, a enfermagem. Seu trabalho, em ambiente hospitalar, requer contato ininterrupto com o cidadão que recebe o cuidado e, assim, configura-se como um processo de trabalho de grande exigência, condição que, por vezes, os expõe a situações de tensão, estresse e dor.

O trabalho da enfermagem, enquanto constituidor do trabalho coletivo em saúde, tem suas próprias especificidades. Estas especificidades dizem respeito às ações de prestar um cuidado, de mediá-lo para a equipe de enfermagem e de saúde e também de educar em saúde. É um trabalho sistematizado por normas e rotinas de serviços, compreende um modelo técnico de fazer, caracterizado tanto por ser uma atividade produtiva cujas ações de saúde são diversificadas como por ser um trabalho organizado na lógica da administração taylorista, consistindo-se em um labor composto por tarefas, hierarquizado e sistematizado em trabalhadores por categorias profissionais. E, nesse contexto, sofre influências que podem ser atribuídas ao modelo neoliberal de gestão do trabalho, como precarização das condições e relações de trabalho, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores, bem como ritmo

de trabalho intenso. Evidencia-se também a mistura dos modelos taylorista/fordista com o modelo neoliberal no cenário hospitalar, e este fenômeno vem atingindo negativamente o trabalhador de múltiplas formas, refletindo na qualidade do serviço prestado e na saúde dos coletivos profissionais (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001).

1.5 **O contexto neoliberal e a influência na formação em nível superior na enfermagem**

Diante da necessidade de reorientação do capital, a educação é refuncionalizada, retomando os princípios da Teoria do Capital Humano, substituindo a qualificação técnica pela conquista de competências para atender à formação de um novo perfil de trabalhador, que seja mais empregável; o capitalismo, visando o lucro, passa a exigir do trabalhador habilidades e competências para a polivalência. Com isso, e para atender às novas necessidades de acumulação, a formação passa por um processo de mercantilização, em que as dinâmicas empresariais são previstas nos currículos, valorizando a competitividade, produtividade, utilidade e individualidade, valores próprios da sociedade do capital (SILVA JUNIOR, 2002).

No sistema do capital, não se espera do trabalhador a sua criação, reflexão sobre sua ação, objetivação de seu desenvolvimento intelectual e de suas potencialidades. Espera-se sim a alienação: desde o processo de fragmentação do trabalho e constituição do trabalhador parcial, espera-se apenas o necessário para a operacionalização de determinada função, parte de um todo, não o todo. Dispensa investimentos intelectual e criativo, acentuando a separação entre pensamento e ação, trabalho intelectual e manual, próprio da sociedade capitalista. O ensino, nessa lógica, é considerado como uma mercadoria rentável e perde sua essência, pois o conhecimento produzido converge para os interesses de reprodução do capital (KANTORSKI, 1997).

Nas últimas décadas, o ensino superior vem passando por transformações que estão alterando a concepção da formação universitária, sendo encarada, em sua maioria, como mera aquisição de competências imediatamente comercializáveis, reproduzindo a lógica do capital na produção do conhecimento, além de influenciar a qualidade dos profissionais formados, repercutindo em trabalhadores descontextualizados das necessidades sociais, sem uma visão integral do sujeito e dos determinantes que influenciam o processo saúde-doença, puramente

tecnicistas e sem preparo para entender e enfrentar as complexas relações no mundo do trabalho (FREIRE, 1996).

O impacto da reestruturação do ensino demonstra que atualmente as instituições de ensino superior buscam a constante redução de custos. Para tanto, adotam estratégias como a diminuição do quadro de docentes com maior titulação, oferta de diversos cursos de graduação e pós-graduação presenciais e na modalidade à distância, flexibilização das matrizes curriculares, diminuição da carga horária das disciplinas e fusão de matérias, além de uma formação que neutraliza a crítica, a reflexão e a transformação social (BISPO JÚNIOR, 2009).

Nesse contexto de formação para o mercado, não privilegiam uma formação crítico-reflexiva, conforme determinam as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem; formam-se enfermeiras sem a capacidade de reflexão sobres suas práticas e sobre o mundo do trabalho. A relação capital-trabalho não é abordada pelos cursos, o que diminui o poder de ação das graduadas quando elas se inserem no mercado. Num contexto de baixa organização dos trabalhadores em nível mundial, a formação para a lógica empreendedora-liberal cumpre também um importante papel na precarização do trabalho da enfermeira, que vai ter dificuldades para encontrar saídas coletivas a essa problemática (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

A área de saúde sofre a influência da reestruturação produtiva, apesar de ter havido aumento de cargos no setor com a implantação do SUS, na década de 1980. Contudo, o aumento de cargos foi acompanhado, já nas décadas de 1990 e 2000, pela maior flexibilização das relações de trabalho, levando os trabalhadores a ter uma multiplicidade de vínculos, com os direitos trabalhistas comprometidos.

A década de 2001-2011 representou um importante momento de reestruturação da formação de enfermeiros a partir da implantação das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) em 2001. As DCN representam um instrumento norteador do processo de construção dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e revelam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação. A implantação dessas diretrizes tem sido assumida como um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e as demandas e necessidades de saúde da população (SILVA; SENA, 2008).

A expansão na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde no país é reflexo do aumento no número de cursos/vagas em instituições públicas e privadas e da ampliação do acesso populacional à educação superior no país. A privatização do ensino de

graduação em enfermagem é uma marca da década, confirmando outros estudos que apontaram essa tendência nos anos recentes para o ensino de enfermagem no Brasil (RODRIGUES; CALDEIRA, 2009; RODRIGUES; PERES, 2008; SILVA, 2011).

A privatização é reflexo da conformação do sistema educativo no país, que passou a apresentar grande crescimento da sua oferta, com a abertura indiscriminada de novos cursos, sem controle, como, por exemplo, da necessidade e demandas específicas de cada região, ocasionando uma desigualdade geográfica (desequilíbrio regional e intra-regional) dessa oferta e, ainda, a privatização do sistema, além da proliferação descontrolada de cursos e instituições cada vez mais distantes da ideia de universidade e de padrões mínimos de qualidade (OLIVEIRA, 2006).

A expansão de cursos de graduação em enfermagem e o consequente aumento de oferta de vagas vêm exigindo novos saberes que, por sua vez, exigem novos perfis para os profissionais, o que implica mudanças na natureza e no processo de trabalho, além de indicar a necessidade de maior embasamento educacional dos enfermeiros, com ênfase não apenas no conhecimento técnico-científico, mas também no ético, no social, no político e no cultural, como requisitos e atributos de qualificação profissional (TEIXEIRA et al., 2006).

Os cursos de Graduação em Enfermagem contribuem, durante a formação acadêmica, para a fragmentação entre o saber e o fazer, o que corrobora a fragilidade para a construção em paralelo das competências: conhecimento, habilidade e atitude, devendo preparar as acadêmicas e visando formar profissional que seja capaz de atuar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, cuja dinâmica de trabalho exige, frequentemente, a habilidade em lidar com situações e conflitos presentes em seus relacionamentos com a equipe, com os pacientes e familiares, tornando-os vulneráveis ao desenvolvimento de problemas que afetam sua saúde física e mental (FONTES, LEADEBAL; FERREIRA, 2010).

1.6 **A importância do estágio curricular na formação de enfermagem**

O estágio supervisionado é uma prática extremamente importante para a formação profissional de acadêmicos em qualquer área, porque não se restringe aos muros da academia e tampouco ao desenvolvimento técnico e mecânico dos futuros profissionais para o desempenho de atividades laborativas inerentes à profissão. Na área da enfermagem, tem grande destaque, pois fornece um maior conhecimento e aprofundamento das atividades da

enfermeira em seu campo laboral, possibilita a inserção na realidade de saúde do SUS, levando a aplicação na prática das teorias assimiladas em sala de aula, não se restringido apenas à integração com o mercado de trabalho, mas sim um aprimoramento de suas habilidades técnicas, sendo um momento de profunda formação pessoal e profissional (CUNHA et al., 2016).

Ao inserir a acadêmica de enfermagem no mundo real do trabalho, esta é tutorada pela figura concreta da profissional enfermeira, mediada pela organização didático-pedagógica do docente, com o objetivo de realizar intervenções reais nos processos de trabalho, buscando assegurar integração ensino-serviço-comunidade para que faça parte do processo de formação. Isso auxiliará o processo de edificação de profissionais capazes de fazer com que a práxis (articulação teoria-prática) subsidie reflexões coletivas, resultando em modificações nas situações reais de saúde, termos de aquisição de conhecimentos e habilidades, segurança e socialização profissional (IGLESIAS, 2016).

As enfermeiras atuantes na prática têm papel fundamental no processo de aprendizagem da acadêmica que desenvolve o estágio curricular em sua unidade de trabalho, pois serão uma referência importante de trabalho, facilitadoras e intermediadoras da integração ao serviço e à equipe de saúde; muitas vezes, serão o exemplo, e para tanto, é necessário que estejam preparadas e seguras para transmitir a sua experiência, a qual permitirá à acadêmica assimilar os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula com a prática que está sendo vivenciada em campo de estágio (ITO et al., 2006).

Ao observar as atitudes e posturas tomadas pela profissional enfermeira, as acadêmicas de enfermagem podem refletir e relacionar os conhecimentos aplicáveis às situações vivenciadas, contribuindo para despertar afinidades por áreas específicas da enfermagem, contribuindo com escolhas de futuras especializações. Esse processo orienta o desempenho de um trabalho de enfermagem com qualidade, através da utilização de cenários de problematização, e leva-o a fortalecer seus saberes e apropriar-se coletivamente dos instrumentos intelectuais. É também importante salientar que, em todo esse processo, torna-se imprescindível pensar a prática antes e após a sua realização, promovendo, dessa forma, a intensificação dos seus conhecimentos através do movimento de ação-reflexão-ação (COLLISELLI et al., 2009).

O processo de aprendizagem não é unilateral, e sim uma experiência de troca, de reciprocidade, onde há um momento de falar, um momento de aprender, de estudar. Logo, no Estágio Curricular Supervisionado (ECS), o estudante tem a oportunidade de desenvolver-se como colaborador ativo na construção do conhecimento. Isso resulta em um profissional

crítico e reflexivo do futuro, pois o “aprender fazendo” é mais que receber informações; dessa forma, percebe-se a importância das práticas assistenciais no trabalho em saúde, de forma ativa, possibilitando aprendizado e reflexão (COLLISELLI et al., 2009; FREIRE, 1983).

A experiência do estágio instiga a acadêmica de enfermagem a refletir sobre as diferentes situações que se apresentam no contexto do trabalho em saúde, conduzindo-a a planejar suas ações para apenas posteriormente implementá-las. As soluções propostas são embasadas nos estudos e leituras realizadas desde o primeiro semestre. Dessa forma, com o estágio, a acadêmica consegue aprimorar-se e oferecer um cuidado integral aos seus clientes, por meio da organização e gestão centrados na atenção à saúde (BRASIL, 2009).

2 **REFERENCIAL TEÓRICO**

Concebe-se o referencial teórico como a parte do trabalho que embasa e conduz a pesquisa. Sua explicitação atesta o domínio da pesquisadora sobre as teorias que apoiam e cercam o estudo. Igualmente, o referencial teórico servirá de respaldo no momento da análise dos dados obtidos (MARION; DIAS; TRALDI, 2010).

Deste modo, este referencial vem a ser a construção do pilar teórico sobre o tema central. A presente dissertação utilizou como base os conceitos de Cristophe Dejours, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, centrado nos estudos das organizações do trabalho e dos seus impactos na saúde mental dos trabalhadores. Desse modo, seus estudos permitiram compreender mais claramente as relações de prazer e sofrimento das acadêmicas de enfermagem envolvidas com o processo de trabalho das enfermeiras obstétricas.

2.1 **Conceitos de Cristophe Dejours**

A fundamentação deste estudo tem como base a psicodinâmica do trabalho, uma linha teórica nascida na França, na década de 1950, porém teve o seu apogeu por intermédio do psiquiatra francês Christophe Dejours, já na década de 1970, quando Dejours analisou as questões de sofrimento e prazer na classe trabalhadora e suas repercussões no processo de trabalho (DEJOURS, 1994).

A psicodinâmica do trabalho, nascida dos estudos de Christophe Dejours, investiga os mecanismos de defesa dos trabalhadores frente às situações causadoras de sofrimento decorrentes da organização do trabalho. Ao longo de seu percurso teórico, Dejours inicialmente estudava as doenças relacionadas ao trabalho e posteriormente se dedicou ao estudo da normalidade, por meio dos mecanismos de defesa que permitem que os trabalhadores não adoeçam, a despeito das condições adversas à saúde provocadas pela organização do trabalho. Em terceira fase da teoria, direcionou seu olhar ao estudo das patologias sociais resultantes das novas formas de gestão e organização do trabalho (CARRASQUEIRA; BARBARINI, 2010).

A relação da saúde mental com o trabalho é amplamente reconhecida, porém a maioria das teorias existentes aborda o tema de forma marginal, como apenas uma influência

na saúde mental. Dejours, por sua vez, afirma a centralidade do trabalho na vida do sujeito, postulando uma continuidade entre funcionamento psíquico no trabalho e fora dele. A relação subjetiva com o trabalho e fora do trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho. A separação clássica entre dentro do trabalho e fora do trabalho não tem sentido em sociologia do trabalho, assim como em sua psicodinâmica (CARRASQUEIRA, 2010).

A psicodinâmica do trabalho é uma disciplina que se constrói por meio do próprio trabalho, focando na importância do trabalhador na organização do trabalho e articulando todas as suas subjetividades. Além de ser uma disciplina, a psicodinâmica do trabalho é uma teoria que busca analisar a origem dos sofrimentos, dos desgastes e das patologias, mas também, da satisfação, saúde e prazer no trabalho (DEJOURS, 1994).

A Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século 19, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a um campo de atividades de cuidados à saúde, desenvolvidas milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional (PIRES, 2009)

O trabalho permite a formação e consolidação da identidade. Por outro lado, pode também fomentar a descompensação psíquica. O bem-estar está relacionado à ideia de ambiente gratificante e, assim, quando o trabalho é realizado em tal ambiência, leva os trabalhadores a gostarem do produto realizado. Já a ideia de sofrimento está relacionada à subjugação do trabalho e, quando isso ocorre, se imprime raiva ao produto. Percebe-se, assim, que o trabalho está conformado pelo afeto. Os enfermeiros vivenciam esse contexto, pois convivem com situações laborais que podem causar prazer e sofrimento (DE PAULA, 2010).

2.2 **O significado do trabalho**

A palavra trabalho vem do latim *tripalium* – a etimologia latina formou-se a partir do prefixo tri, três, e *palus*, pau, estaca – tripálio: uma técnica de sofrimento obtida com três paus fincados no chão, aos quais era afixado o condenado, algo comum na Antiguidade. Apesar

disso, a ideia do trabalho como sofrimento não estava presente na etimologia latina, uma vez que o verbo trabalhar em latim era laborare; e trabalho, labor (SILVA, 2011).

Nos textos de Direito, Lobo (2004) delimita o conceito de trabalho enquanto fator de realização humana. Este conceito é bem diverso daquele em que se realça que o trabalho contém em si a carga negativa, opressora do *tripalium*. Desse modo, analisando-se a origem etimológica da palavra trabalho, verifica-se que o termo, na sua origem semântica, vem associado ao sacrifício que a realização do trabalho implica. Um conceito que atenda aos aspectos positivos e negativos do trabalho nem sempre é colocado de maneira clara e é preciso que se faça a distinção entre os dois aspectos, levando em consideração que, mesmo que venha associado a um certo sofrimento, o trabalho está ligado também a valores fundamentais da pessoa humana.

Mosquera (2004), em suas afirmações, descreve o significado do trabalho para o indivíduo como algo complexo e essencial à vida em sociedade, na qual, mais do que nunca na cultura tecnológica, este adquiriu crucial importância, seja pela necessidade de sobrevivência ou seja ainda pela obrigação social imposta pelos padrões culturais. Seria muito difícil aos seres humanos viver sem trabalhar.

O trabalho sofreu e vem sofrendo diversas alterações compatíveis com o crescimento demográfico, avanços tecnológicos e industrialização do processo produtivo. O modo de produção capitalista transforma o trabalhador em mercadoria cuja finalidade é produzir outras mercadorias e valorizar o capital. O trabalho, por sua vez, degenera-se ao nível de uma atividade estranha que provoca a verdadeira desrealização do ser social e o estranhamento dos sujeitos que trabalham (ANTUNES, 2013).

Para Dejours (2004), trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber fazer, engajamento do corpo, mobilização da inteligência, capacidade de refletir, de interpretar e reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, não é apenas a relação salarial ou o emprego; é o “trabalhar”, isto é, um certo modo, um engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões, sejam elas materiais e/ou sociais. A busca pelo lucro a qualquer custo e o aumento da produção nas empresas geram problemas sociais e humanos que têm consequências sobre a vida dos trabalhadores.

O trabalho desenvolvido em certas condições exerce pressão psíquica sobre o trabalhador, gerando sofrimento devido ao embate entre expectativas e projetos de vida do trabalhador e uma dada organização do trabalho que não abra espaço para que eles sejam considerados.

O trabalho pode ser um gerador de saúde ou de um constrangimento patogênico, podendo contribuir a favor da saúde, ou contra ela; neste caso, o sujeito é levado à descompensação. Sendo assim, o trabalho se revela essencialmente ambivalente, pois pode, por um lado, causar infelicidade, alienação e doença mental, mas também pode, por outro, ser mediador da autorrealização, da sublimação e da saúde (DEJOURS, 2006).

Em certas condições, surge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre a história individual e a organização do trabalho. Esse sofrimento de natureza mental começa quando o sujeito, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de ajustá-las às suas necessidades fisiológicas e aos seus desejos psicológicos. Constroem-se, então, sistemas defensivos contra a angústia e a insatisfação no trabalho, de maneira que o sofrimento não é imediatamente identificável. Uma vez disfarçado ou mascarado, o sofrimento só pode ser revelado através de uma capa própria a cada profissão, que constitui de certa forma sua sintomatologia (DEJOURS, 1997).

As contribuições da escola dejouriana para a análise da relação entre o prazer, o sofrimento e o trabalho abordam os processos psicossociais que interferem nos indivíduos e nas organizações. A partir das pesquisas e ideias de Christophe Dejours, constitui-se um ramo de pesquisa, a psicodinâmica do trabalho, cujo foco nesta pesquisa é o trabalho das enfermeiras obstétricas sob a ótica das alunas de graduação da enfermagem.

O sofrimento é inerente à condição humana, mas nem por isso deve ser banalizado ou naturalizado. Ele está presente no momento criativo, quando o sujeito se depara com uma situação inédita ou não prevista que precisa ser resolvida. Do mesmo modo, o sofrimento se encontra na discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real (DEJOURS, 1997).

O trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa. Um registro que satisfaz uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização. É fonte de reconhecimento e de punição. Já o trabalho real é o próprio momento de execução. Chega-se a definir trabalho como tudo aquilo que não está prescrito, porque não é o prescrito que realiza o trabalho, mas a ação real do trabalhador. Sem menosprezar a importância do planejamento para coordenação das forças de trabalho de uma empresa, é importante ressaltar o papel do funcionário (DEJOURS, 2004).

A realidade do trabalho é muito complexa. Nenhuma regra pode dar conta de todas as situações. Há uma infinidade de possibilidades diferentes das previstas pela prescrição que podem acontecer no momento da execução: ineditismos, imprevistos, contradições, ambivalências, falhas, etc. E como variável de ajuste dessa engenharia, tem-se o trabalhador.

É ele quem se depara com a realidade e julga se as condições de trabalho dão suporte à execução e julga se deve ou não seguir as regras para se alcançarem os resultados esperados.

A prescrição adquiriu um atestado de qualidade; de que a engenharia elaborada numa folha de papel é impecável, e que se há erro, este se deu por falha humana – e subentende-se que a falha humana nunca é daquele que planeja, mas sempre daquele que executa (DEJOURS, 1997).

2.3 **A organização do trabalho**

A Organização do Trabalho tem assumido diversas definições com o passar do tempo. Geralmente, a ideia de organização do trabalho remete à ideia de ação de organizar, ou seja, o ato ou ação de se estabelecer as bases para o esforço, pelo investimento das ações. Atualmente, o conceito tem sido associado ao modelo taylorista de produção, baseado nos princípios da administração científica do trabalho, o qual tornou o processo produtivo mais rápido e eficiente (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

O trabalho hospitalar, no que se refere à organização das atividades, é caracterizado por distribuição de tarefas semelhantes à organização do trabalho industrial, o que reflete um perfil taylorizado de produção, porém conhecido comumente como um "trabalho em equipe". Para os trabalhadores da enfermagem, agregar novas tecnologias pode contribuir para a redução da sobrecarga física, porém não substitui as atividades de trabalho prestadas na assistência ao paciente, principalmente nas atividades manuais de higienização, alimentação e ministração de medicamento, caracterizando este setor como de carga laboral intensiva (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Para Dejours e Abdoucheli (2011), a organização do trabalho deve ser entendida de duas formas: a divisão do trabalho, relativa ao modo de operação da tarefa, e a divisão de homens, que diz respeito à hierarquia e à divisão das responsabilidades. Conforme esses autores, a divisão de tarefas tem a função de dar sentido ao trabalho para o sujeito; já a divisão de homens demanda relações interpessoais e promove investimentos afetivos, tais como sentimentos de amizade, confiança, amor, etc.

As novas formas de organização do trabalho são marcadas por objetivos contraditórios e por regras e controle exacerbados, o que revela uma sutil dominação: existem variadas formas de ameaça, explícitas ou veladas (demissão, avaliação individual etc.), que, embora

individuais, acabam por afetar o coletivo e a qualidade de vida e de saúde do trabalhador. Embora os trabalhadores recorram a sistemas de defesa, individuais e coletivos, as novas formas de organização lhes impingem, também, formas novas de subjetivação, de sofrimento, de patologias (DEJOURS, 2006).

Na enfermagem, a organização do trabalho é um processo coletivo em que os trabalhadores estabelecem relações com outros trabalhadores e com os usuários dos serviços, buscando com esses atender às necessidades da clientela. A organização do trabalho da enfermagem é o modo como os profissionais dispõem a sua força de trabalho, fornecendo, inclusive, a base para o trabalho de outros profissionais nas instituições de saúde, no que se refere ao tempo, movimentos e objetos necessários à assistência (CHANLAT, 2000).

A organização do trabalho no ambiente hospitalar, para a enfermagem, é marcada por acentuada divisão de trabalho; excesso de normas; rotinas; tarefas fragmentadas; ausência de participação efetiva nos processos decisórios; condições de trabalho inadequadas; baixos salários; sobrecarga de trabalho e conflitos nas relações com outros profissionais e dentro da própria equipe. Ao mesmo tempo, o trabalho pode ser fonte de prazer, diante de reconhecimento e valorização em relação à realização da tarefa; descentralização das decisões; autonomia; controle do processo produtivo; possibilidade de capacitação; e liberdade de expressão (PIRES; GELBKE; MATOS, 2004).

A organização do trabalho exerce sobre o indivíduo uma opressão que se reflete sobre o aparelho psíquico. O sofrimento surge das condições que criam um choque entre, de um lado, a história individual, a subjetividade, as esperanças e os desejos do sujeito e, de outro, a organização do trabalho, que ignora todos esses fatores. Quando o trabalhador não consegue conciliar suas necessidades fisiológicas e psicológicas com o regime de trabalho ao qual está submetido, surge o sofrimento de natureza mental, resultado do embate entre ser humano e trabalho (DEJOURS, 1992).

2.4 **As condições de trabalho**

As condições de trabalho, para Dejours (1992), podem ser definidas pelas características ergométricas do local de trabalho, sendo o trabalhador o principal centro de estudo, incluindo também o próprio ambiente físico do local de trabalho, composto pelas condições de higiene, segurança, temperatura, pressão, vibração, irradiação, altitude, barulho,

vírus e bactérias. Segundo Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), as condições de trabalho estão voltadas para questões que envolvem diretamente o corpo, que, por sua vez, pode sofrer desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. As condições de trabalho envolvem elementos em que se incluem tanto questões físicas quanto interpessoais.

Alguns fatores ocupacionais podem ser associados ao adoecimento dos trabalhadores, a exemplo das interações construídas no ambiente de trabalho de maneira hierarquizada e verticalizada. O setor de saúde foi muito influenciado pelos modelos produtivos industriais, que são modelos hegemônicos em que há uma intensificação da divisão do trabalho manual e intelectual, que pode levar a modelos autoritários e prejudicar a saúde dos trabalhadores. Além disso, esses profissionais, não raras vezes, têm mais de um ou dois vínculos empregatícios para complementar a renda, o que pode gerar desestímulo e cansaço, não possibilitando períodos de descanso e lazer (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Outra importante característica do trabalho em saúde é que o número de profissionais é insuficiente à demanda e os salários são pouco atrativos, o que ocasiona sobrecarga de trabalho e prejuízos na qualidade de vida desses trabalhadores, impossibilitando que estes profissionais usufruam de alguns serviços necessários para sua vida, como, por exemplo, nos serviços médicos, em que grande parte são mulheres, casadas e mães, fato que contribui ainda mais para a sobrecarga física dessas trabalhadoras, pois, além da jornada de trabalho, são acrescidas as atividades domésticas diárias. Desse modo, a busca de alternativas financeiras torna-se muito comum. Destaca-se que, diante da crise econômica, as empresas utilizam o processo de precarização do emprego, o que leva à modificação de acordos coletivos, contratos temporários, terceirização, ausência de contratos e os trabalhadores, muitas vezes, se submetem a essas condições (NEUMANN et al., 2007).

O aumento das cargas de trabalho, somado às más condições de trabalho, apontam para uma diminuição da capacidade laboral e adoecimento dos profissionais de enfermagem. Além do quantitativo de pessoal, da jornada e do estresse, é importante mencionar que os turnos de trabalho podem proporcionar maiores sobrecargas aos trabalhadores. Uma atividade diurna, por exemplo, oferece maior sobrecarga mecânica aos profissionais, se comparada à atividade noturna, uma vez que atividades de manipulação física dos pacientes acontecem com maior frequência no período diurno (SCHMOELLER et al., 2011).

Por outro lado, não se pode deixar de mencionar o impacto do trabalho noturno no processo saúde-doença entre estes trabalhadores, uma vez que os mesmos experimentam uma inversão do ciclo sono-vigília. Como consequência, há um desordenamento do ritmo circadiano, o qual está ligado aos eventos bioquímicos, fisiológicos e comportamentais do

nosso organismo. Neste contexto, estudos têm demonstrado, por exemplo, que uma alteração no ritmo circadiano pode modificar fatores promotores e inibidores da divisão celular, propiciando o surgimento de câncer de mama, endometrial e cólon, além de outras doenças imunológicas. Outras consequências incluem aumento dos níveis de colesterol, alterações no ganho ponderal, desconforto gástrico, modificações na qualidade do sono/repouso, cansaço/desgaste e estresse. Em adicional, compõem este elenco os relatos de isolamento social, no qual os profissionais, não raro, se queixam de não estarem presentes em comemorações de feriados e datas importantes (REIS; BRAGA, 2015).

2.5 **Relações de trabalho**

Relações de trabalho são todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, como relações com a hierarquia e com os outros trabalhadores. Essas relações são, na grande maioria das vezes, impostas pela organização do trabalho, trazendo como consequência para o trabalhador um alto nível de insatisfação e ansiedade, o que pode ser um agente modificador das relações existente entre os trabalhadores, que irão buscar relações interindividuais (DEJOURS, 1992).

As relações de trabalho envolvem sempre pessoas em busca de objetivos organizacionais, pessoais, financeiros e até mesmo econômicos, e mediá-las não é uma tarefa fácil, pois envolvem diferentes crenças, valores, princípios e, acima de tudo, pessoas, com suas personalidades singulares e conhecimentos únicos sobre os assuntos e processos. Por meio do trabalho, o sujeito se engaja nas relações sociais através das quais visualiza as questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva. As relações de trabalho englobam tanto as interações hierárquicas quanto às interações coletivas intra e intergrupos, assim como as interações externas com os clientes, usuários, parceiros, fornecedores, consumidores (DEJOURS, 2004).

O trabalho e as relações entre as pessoas, a ganância pelo dinheiro e o acúmulo de riquezas estão se sobrepondo à troca de experiências e à construção de laços de amizade. A experiência, por sua vez, pode ser mais um item do resumo profissional existente no currículo de milhares de pessoas, visto que atualmente o emprego é momentâneo e passageiro, mas o que se privilegia é a qualificação para o trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O trabalho dignifica as pessoas à medida em que se torna um regulador social, mas, quando a produtividade exclui o sujeito, as consequências são a minimização da disposição psíquica para enfrentar as humilhações, a fragmentação dos laços afetivos, o aumento do individualismo, entre outros pontos de esvaziamento e humilhação. Um programa bem elaborado de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) garante uma estratégia para a sobrevivência e o desenvolvimento das organizações, podendo neutralizar os sofrimentos e as dores que a própria divisão do trabalho, o conteúdo de suas tarefas e o sistema hierárquico acarretam com sua rigidez formal, tanto vertical como horizontal (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Encontrar o equilíbrio no trabalho faz-se necessário; encontrar o prazer é fundamental para que o trabalhador possa executar suas funções do dia a dia, uma vez que a saúde mental pode ser afetada pelas pressões dentro do ambiente de trabalho, podendo ser um fator de desequilíbrio para a própria saúde do trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

2.6 **As vivências de sofrimento no trabalho**

A vivência do sofrimento no trabalho é considerada uma característica humana, entendida como ato ou efeito de suportar, tolerar, padecer com paciência ou padecer dores – transcende a dor física para atingir o plano moral e espiritual (PIRES, 2002).

O trabalho preenche uma lacuna existente entre o real e o prescrito. No entanto, em situações difíceis e imprevisíveis no trabalho, essa lacuna não necessariamente é preenchida, deixando o real propriamente dito ser revelado. O real do trabalho é considerado como uma experiência desagradável, um sofrimento para o trabalhador (DEJOURS, 2012).

As vivências do sofrimento no trabalho surgem quando o trabalhador percebe que a relação entre si mesmo e a organização do trabalho encontra-se bloqueada, quando já não é mais possível alterar a organização do trabalho ou já fez uso de toda a sua capacidade de adaptação; podendo esse sofrimento ser intensificado à medida que a organização do trabalho não permite a subversão do trabalho prescrito em um trabalho no qual o trabalhador possa usar sua inteligência prática, ou a criatividade, variabilidades no modo de fazer as tarefas e a subjetividade; podendo expressar-se pelos males causados no corpo, na mente e nas relações

socioprofissionais; portanto, as suas causas advêm do contexto de trabalho (DEJOURS, 2007; DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011; MENDES, 2007).

Para a psicodinâmica do trabalho, no sofrimento se inclui a normalidade, sendo chamada de "normalidade sofredora", na qual o sofrimento é normal apenas quando é suportável. Consequentemente, os trabalhadores se defendem contra esse sofrimento, reunindo fortemente o sofrimento e a defesa (MOLINIER, 2013).

Existem três tipos de sofrimentos: criativo, o qual transforma o sofrimento em prazer e em experiência estruturante; o patogênico, que é a doença que rompe quando as defesas deixam de desempenhar a sua função protetora; e o sofrimento ético, que ocorre quando o indivíduo realiza ordens que contradiz seu ordenamento moral, ocasionando desalento, sofrimento, angústia e desespero (MOLINIER, 2013).

2.7 **As vivências de prazer no trabalho**

A expressão prazer no trabalho é tratada especialmente pela Psicodinâmica do Trabalho que a define como mais do que uma vivência: o prazer é um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de trabalho. Uma das mais significativas contribuições dos estudos de Dejours, fundador da abordagem, é a articulação entre as dimensões psíquicas – que envolvem essa busca de prazer e evitação do sofrimento – e a dimensão coletiva do trabalhador (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

A satisfação no trabalho está relacionada a um valor subjetivo que pode variar conforme a pessoa, o contexto e o tempo, sendo um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de trabalho. Está sujeita à influência de forças internas e externas ao ambiente de trabalho, podendo afetar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo diretamente em seu comportamento social e/ou profissional (LEMOS; RENNÓ; PASSOS, 2012).

As vivências de prazer surgem do amálgama que o trabalho traz para o corpo, a psique e as relações interpessoais. As suas causas originam-se das dimensões que estruturam o contexto de trabalho. As vivências de prazer se manifestam por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da autonomia, da liberdade e da valorização no trabalho. Constituem um dos indicadores de saúde no trabalho por possibilitarem a estruturação psíquica, a identidade e a expressão da subjetividade no trabalho, de modo a viabilizar as

negociações, a formação de compromisso e a ressonância entre o subjetivo e a realidade concreta de trabalho (DEJOURS, 2015).

O prazer e o sofrimento são indissociáveis, e o trabalho contribui para subverter sofrimento em prazer a partir de condições sociais, políticas e éticas da organização e processo de trabalho. Eles são o resultado da história do sujeito na organização do trabalho (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

O trabalho deve proporcionar ao trabalhador uma mobilização subjetiva e uma atividade psíquica capaz de evitar o sofrimento, transformando-se em fonte de prazer e, a partir dessa condição, tornar-se um agente mobilizador que impulsione o sujeito trabalhador em busca da gratificação, realização pessoal e reconhecimento pelos pares da utilidade e beleza do seu trabalho (MENDES; MULLER, 2013).

Para tanto, o reconhecimento do trabalho é considerado um ponto-chave para a dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, que transforma o sofrimento em prazer e pode ser utilizado para a construção da identidade do sujeito. Caso não ocorra o reconhecimento, o sujeito somente se vê reconduzido ao sofrimento (DEJOURS, ABDOUCHELLI; JAYET, 1994).

2.8 **Estratégias defensivas**

O maior risco da utilização das estratégias defensivas é o da alienação, já que as estratégias defensivas, apesar de serem necessárias para que o trabalhador possa lutar contra as pressões causadas pelo sofrimento e, assim, evitar o adoecimento psíquico, têm outro lado em que permitem ao trabalhador se acomodar à organização do trabalho da forma como está posta, de modo a não questionar suas defesas e nem o sofrimento vivenciado. O risco, nesse caso, é de que as estratégias defensivas se tornem um objetivo e não um meio para a resistência ao sofrimento. Em tais situações, passa a existir um esforço coletivo para que a estratégia defensiva seja mantida e para combater tudo o que possa surgir contra ela. Quando tal situação ocorre, os autores passam a denominá-la de ideologia defensiva (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011; MENDES, 2007).

Assim que a relação do sujeito com a organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento. Tendo em vista que a abordagem científica da psicodinâmica considera que os trabalhadores permanecem “sujeitos de seu trabalho”, independentemente

das circunstâncias, logo eles são capazes de reagir e se defender frente ao sofrimento, tanto na esfera individual (“mecanismos de defesa individuais”), quanto na esfera coletiva (“estratégias coletivas de defesa”). Tanto os mecanismos de defesa individuais quanto as estratégias coletivas de defesa têm como objetivo principal minimizar a percepção que os trabalhadores têm do sofrimento. Contudo, a diferença fundamental entre eles é que os mecanismos individuais estão relacionados à estrutura psíquica do indivíduo, persistindo mesmo sem a presença física de outros, enquanto as estratégias coletivas sustentam-se por um consenso ou um acordo partilhado pelo coletivo de trabalho, dependendo, logo, de condições externas (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

As defesas levam à modificação, à transformação, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Essas estratégias defensivas podem conferir ao sujeito uma estabilidade que ele seria incapaz de garantir apenas com suas defesas individuais. Seu funcionamento é necessário para a própria continuação do trabalho, pois elas controlam o sofrimento, impedindo que a pessoa adoeça e contribuem, inclusive, para manter a sua identidade profissional. No entanto, são construídas quando o trabalho não permite outras formas de lidar com o sofrimento frente à falta de condições para o investimento pulsional, em especial a sublimação e a ressonância simbólica (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

As estratégias de defesa, em um primeiro momento, podem ser benéficas ao trabalhador, mas recorrer a elas de forma contínua e exagerada pode prejudicá-lo, pois elas, apesar de terem o papel de atenuar o sofrimento, não proporcionam a cura. Pelo contrário, servem como freio à reapropriação, à emancipação e à mudança (DEJOURS, 2004).

Os mecanismos de defesa individuais são fortemente singularizados em função do passado, da história e da estrutura de personalidade de cada sujeito. Muitos operários podem encontrar por conta própria, como estratégia defensiva individual, a autoaceleração. Para combater o aborrecimento, a angústia, a raiva, o medo, a não realização dos sonhos e a distração, o trabalhador impõe a si mesmo um ritmo desenfreado/acelerado, levando à simplificação e ao embotamento do pensamento, pelo viés da anestesia devido à hiperatividade sensório-motora. No trabalho e fora dele, o indivíduo procura afastar o pensamento e/ou bloqueá-lo, restringindo sua imaginação e abrindo mão do espaço público. Assim, resta apenas como um executor, em uma condição de *animal laborans*, lutando pela sobrevivência, privado da ação pública. Graças a essa estratégia, o trabalhador consegue manter-se ocupado, pela própria atividade, bem como neutralizar qualquer pensamento que não estiver diretamente relacionado à produção (DEJOURS, 2012).

Esses modos de enfrentar o sofrimento são importantes para a saúde mental dos indivíduos, na medida em que combatem as pressões patogênicas da organização do trabalho, apesar da possibilidade de os trabalhadores tornarem-se insensíveis àquilo que os faz sofrer. Assim, vários sujeitos experimentam, cada um por si, um sofrimento único; a partir disso, são capazes de unir seus esforços para construir estratégias defensivas comuns. Desse modo, as estratégias defensivas formadas, organizadas e gerenciadas coletivamente contribuem para a estruturação, a coesão e a estabilização dos coletivos de trabalho; consequentemente, os indivíduos cooperam entre si, no sentido de atender aos objetivos fixados pela organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Assim como os mecanismos de defesa individuais, as estratégias coletivas de defesa também são essenciais para a saúde mental dos trabalhadores. Todavia, ao se transformarem em ideologia defensiva, essas estratégias podem ainda conduzir à alienação das verdadeiras causas do sofrimento. Isso quer dizer que o risco de alienação, quando as estratégias coletivas de defesa deixam de ser consideradas modos de enfrentamento do sofrimento, passam a ser vistas como promessa de felicidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

2.9 **A articulação das categorias de Dejours com o estudo**

O estágio supervisionado proporciona às acadêmicas de enfermagem uma oportunidade de conviver com outros profissionais e de apreender habilidades técnicas e atitudes essenciais para o exercício da prática profissional. Nesse momento, as discentes se encontram no seu futuro campo laboral e se deparam com vários sentimentos que podem interferir no seu desenvolvimento, tanto acadêmico quanto pessoal.

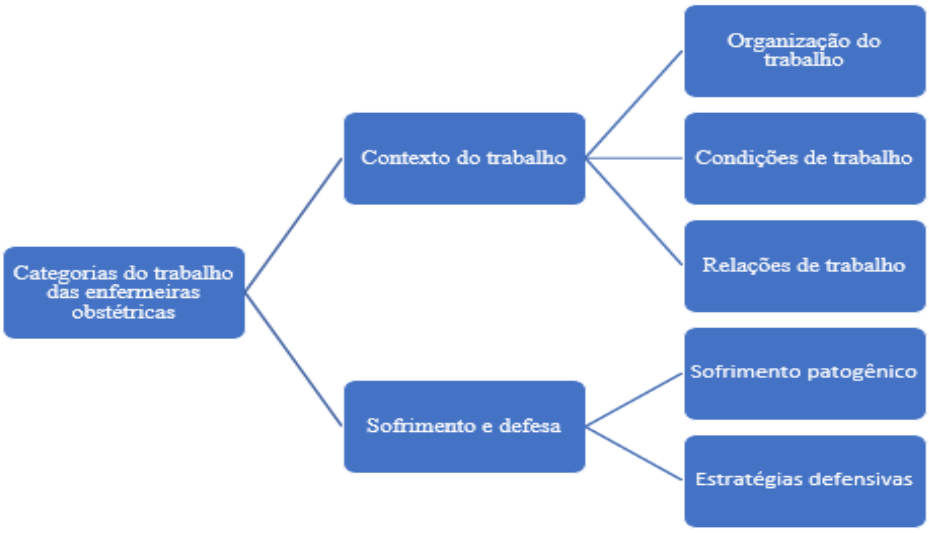
Para Dejours (2004), é por meio do trabalho que o sujeito se engaja nas relações sociais nas quais visualiza as questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva. As relações de trabalho englobam interações tanto hierárquicas quanto coletivas, intra e intergrupos, assim como as interações externas com os clientes, usuários, parceiros, fornecedores e consumidores.

Em sua prática, a enfermeira atuante tem papel fundamental no processo de aprendizagem da acadêmica de enfermagem, pois é uma facilitadora e integradora do processo ensino-aprendizado, permitindo o contato das acadêmicas de enfermagem com o campo laboral e que elas conheçam e identifiquem as atividades que permeiam a prática, o

gerenciamento de cuidados e a maneira de se fazer enfermagem (ITO et al., 2006; TRONCHIN; SILVA; GUALDAL, 1998).

No trabalho hospitalar na área da saúde da mulher, é comum a ocorrência de relação conflituosa entre as equipes, que disputam visão de mundo, espaço físico, poder e competências e ainda, muitas vezes, estão em ambientes caracterizados pela escassez de recursos humanos e materiais. Ainda assim, num cenário de trabalho tenso e ininterrupto de alegria, dor, tristeza, vida e morte, exige-se e espera-se dos profissionais e das acadêmicas de enfermagem uma atuação integrada e eficiente, devido à diversidade e à unicidade das necessidades dos usuários (PITTA, 2003).

Figura 1 – Esquema sinóptico das categorias de Dejours 2015



Fonte: A autora, 2018.

3 **METODOLOGIA**

A seguir serão abordados aspectos referentes à metodologia, descrevendo o tipo de estudo, cenário, sujeitos, coleta e análise dos dados e aspectos éticos a ele relacionados.

3.1 **Tipos de estudo**

Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2017), a pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior aproximação com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou difundir suposições. É possível dizer que tem o intuito de melhorar ideias ou desvendar percepções. Mediante isso, seu planejamento é bastante flexível, de maneira a considerar aspectos variados do que se estuda.

Para Triviños (1994), os estudos exploratórios possibilitam ao investigador ampliar sua experiência em torno de determinado problema. As pesquisas com foco descritivo almejam primordialmente descrever as características de determinada população ou fenômeno. Nesse grupo incluem-se as pesquisas que objetivam, por um lado, levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população, e, por outro, descobrir a existência de associações entre variáveis. Algumas pesquisas descritivas vão além da identificação da existência de relações entre variáveis e pretendem determinar a natureza dessa relação, o que as aproxima um pouco do conceito de pesquisa explicativa (GIL, 2017).

Já para Minayo (2014), o método qualitativo é o que melhor se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações humanas. Esse método, além de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A escolha dessas abordagens encontra-se relacionada à busca pelo entendimento dos efeitos da crescente onda neoliberal que avança no Brasil em todos os setores, inclusive no da saúde. Tal pesquisa permite encontrar, nesse setor específico, os nexos entre o sofrimento que o trabalho causa nas enfermeiras e os impactos no processo de formação das acadêmicas de enfermagem, como sua visão do seu futuro campo laboral, podendo, assim, contribuir para que ele modifique determinadas situações.

3.2 **Participantes do estudo**

As participantes do estudo foram acadêmicas de enfermagem, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada do Rio de Janeiro, que já cursaram a disciplina de estágio supervisionado em saúde da mulher, uma atividade obrigatória que propicia a complementação do ensino e da aprendizagem, sendo entendido como um importante instrumento para a formação dos profissionais de enfermagem, no qual se desenvolvem habilidades profissionais e se aperfeiçoam técnicas e procedimentos realizados diariamente no exercício da profissão. Esse período de aprendizagem em campo tem a função de consolidar o aprendizado teórico para formar profissionais mais capacitados e prepará-los para enfrentar o mercado de trabalho, que se encontra cada vez mais competitivo (FRANCISCO; PEREIRA; PEREIRA, 2005).

Os critérios de inclusão foram: estarem matriculados regularmente na IES; já terem realizado a Disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde da Mulher; já terem observado a atuação das enfermeiras em uma maternidade durante o estágio e que concordaram, voluntariamente, em participar da pesquisa.

A captação das acadêmicas, dentro do critério de inclusão, foi realizada inicialmente por meio de um convite pessoal feito aleatoriamente pela autora da pesquisa que trabalha como enfermeira e professora, o que facilitou o contato. A partir daí, utilizou-se a técnica de *snowball*, também chamada *snowball sampling* (“Bola de Neve”); é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede (BIERNACKI; WALDORF, 1981).

3.3 **Questões éticas**

Todo percurso metodológico definido neste trabalho, além das fundamentações teóricas, respeitou estritamente as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012).

A participação das acadêmicas de enfermagem foi livre, consentida e esclarecida, formalizada com a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As acadêmicas de enfermagem foram convidadas a participar da pesquisa

através de contato pessoal. Neste momento, apresentavam-se os objetivos do trabalho, os procedimentos de coleta de dados e a metodologia definida para o estudo. Ademais, garantia-se a liberdade de não participar, e garantia-se o tratamento anônimo dado a todo o material resultante da entrevista e das impressões registradas. Uma vez declarado o aceite para a participação, firmava-se a assinatura do TCLE.

Antes da utilização dos dados obtidos, apresentei a transcrição para validação e autorização definitiva. Nem as instituições, nem os agentes são identificados e não se expõem características que permitam sua identificação. O projeto, apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), obteve parecer favorável em 7 de março de 2018, sob número do CAAE 82003517.6.0000.5259 (ANEXO), em concordância com os padrões éticos exigidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). Toda infraestrutura e recursos necessários a esta pesquisa foram providos pela autora, sem nenhum tipo de financiamento nem ajuda de qualquer instituição ou pessoa, assim como não houve nenhum custo nem compensação financeira para o participante.

3.4 **Coleta de dados e captação das participantes do estudo**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados que, segundo Minayo (2014, p. 121), "trata de aprender sistema de valores, de normas, de representações de determinados grupos social". Para Vergara (2009), esse tipo de entrevista é útil quando se busca captar o dito e o não dito, os significados, os sentimentos, a realidade experimentada pelo entrevistado, as reações, os gestos, o tom, o ritmo da voz, as hesitações e as assertividades, enfim, a subjetividade do ser humano. Uma entrevista cuja estrutura seja semiaberta revela não só a opinião do entrevistado acerca de algo, mas também seu nível de informação (VERGARA, 2009).

O roteiro da entrevista é composto de duas partes: a primeira destina-se à apreensão de características gerais das participantes e de seus vínculos laborais; a segunda parte constitui-se de tópicos abertos com base nas categorias teóricas de Dejours na psicodinâmica do trabalho (APÊNDICE A).

Foi realizado contato prévio com as acadêmicas, sendo feito o convite para participação no estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente, em um lugar

reservado, do gosto de cada participante, após serem esclarecidos os objetivos do estudo e após as alunas terem assinado o TCLE.

Os dados foram coletados entre os meses de abril e maio de 2018. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos, gravadas em aparelho conversor de MP3 (formato digital multimídia *player* três), formato em que foram guardadas em disco rígido externo de posse da autora. As transcrições foram feitas concomitantemente, o que permitiu a possibilidade de avaliação da saturação para encerramento da coleta de dados na medida em que avançava a pré-análise dos dados conforme descrito a seguir.

3.5 **Análises dos dados**

Os dados obtidos foram examinados a partir da metodologia da análise de conteúdo de Bardin (2016), aplicada em suas investigações psicossociológicas, em que se utilizam técnicas de análise com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos, permitindo sua interpretação entre "os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade". Seguindo essa teoria, não existe "coisa pronta", mas algumas regras de base que permitem identificar a análise dos significados, ou seja, dos temas (análise temática e frequencial) implícitos no conteúdo das mensagens analisadas de várias formas. Como parte dessas regras, seguiram-se neste estudo as seguintes etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, buscou-se projetar as ideias organizadas, a partir do referencial teórico, sobre os conteúdos transcritos das entrevistas realizadas. Essas reflexões foram feitas a partir da técnica de leitura flutuante, obedecendo, dentre outras, à regra da exaustividade, segundo a qual nenhum *corpus* – nomenclatura utilizada por Bardin (2016) para respostas a um questionário e outros registros – deve ser desconsiderado. Por decorrência da técnica de coleta de dados adotada, foi garantido também o atendimento às regras de representatividade, homogeneidade e pertinência.

A partir dessa primeira fase, revisaram-se as questões problematizadoras e objetivos do trabalho com base na intuição, para que então os procedimentos de análise viessem a dar conta das respostas e do alcance dos objetivos do estudo. Ao mesmo tempo, a pré-análise

permitiu que se identificasse o ponto de saturação das ideias obtidas nas entrevistas. No início da coleta e análise dos depoimentos, os acréscimos aos discursos anteriores foram evidentes. Posteriormente, os acréscimos foram rareando, até que deixaram de aparecer. A interrupção da coleta dos depoimentos ocorreu quando os discursos se tornaram redundantes a cada entrevista realizada, dentro do que a metodologia qualitativa prevê (MINAYO, 2014).

Concluída a pré-análise, seguiu-se a exploração do material, fase mais longa e fastidiosa, que corresponde à transformação dos dados brutos por meio de recorte, enumeração, classificação e agregação. Essas etapas encadeadas correspondem à codificação, que vem a ser o processo que permite uma descrição exata das características dos conteúdos expressos no texto.

Na exploração, o texto das entrevistas transcritas foi recortado em unidades de registro (URs) que possuíam uma significação natural, denominada tema. Para este estudo, considerou-se como uma UR uma frase ou grupo de frases que, em cada entrevista, representavam uma ideia referente a conceitos estabelecidos pelo referencial teórico, baseado nos estudos da Psicodinâmica do Trabalho, da Banalização da Injustiça Social e da Loucura do Trabalho (estudo de psicopatologia do trabalho) de Christopher Dejours. As URs identificadas foram organizadas em unidades de significação (USs), para posterior categorização (BARDIN, 2016). Ao todo, foram relacionadas 103 URs (temas) em nove USs. Uma vez organizadas, as USs foram sendo reagrupadas progressivamente, até as categorias terminais.

Como prevê a metodologia descrita por Bardin (2016, p. 149), utilizou-se "o procedimento por caixas [...], aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos". Nesse caso, as caixas corresponderam às teorias de Christopher Dejours, como feito na identificação dos temas descrita no parágrafo anterior. O reagrupamento das USs resultou por fim em nove núcleos de sentido agrupados em quatro subcategorias, por sua vez reagrupadas em duas categorias terminais, denominados da seguinte forma:

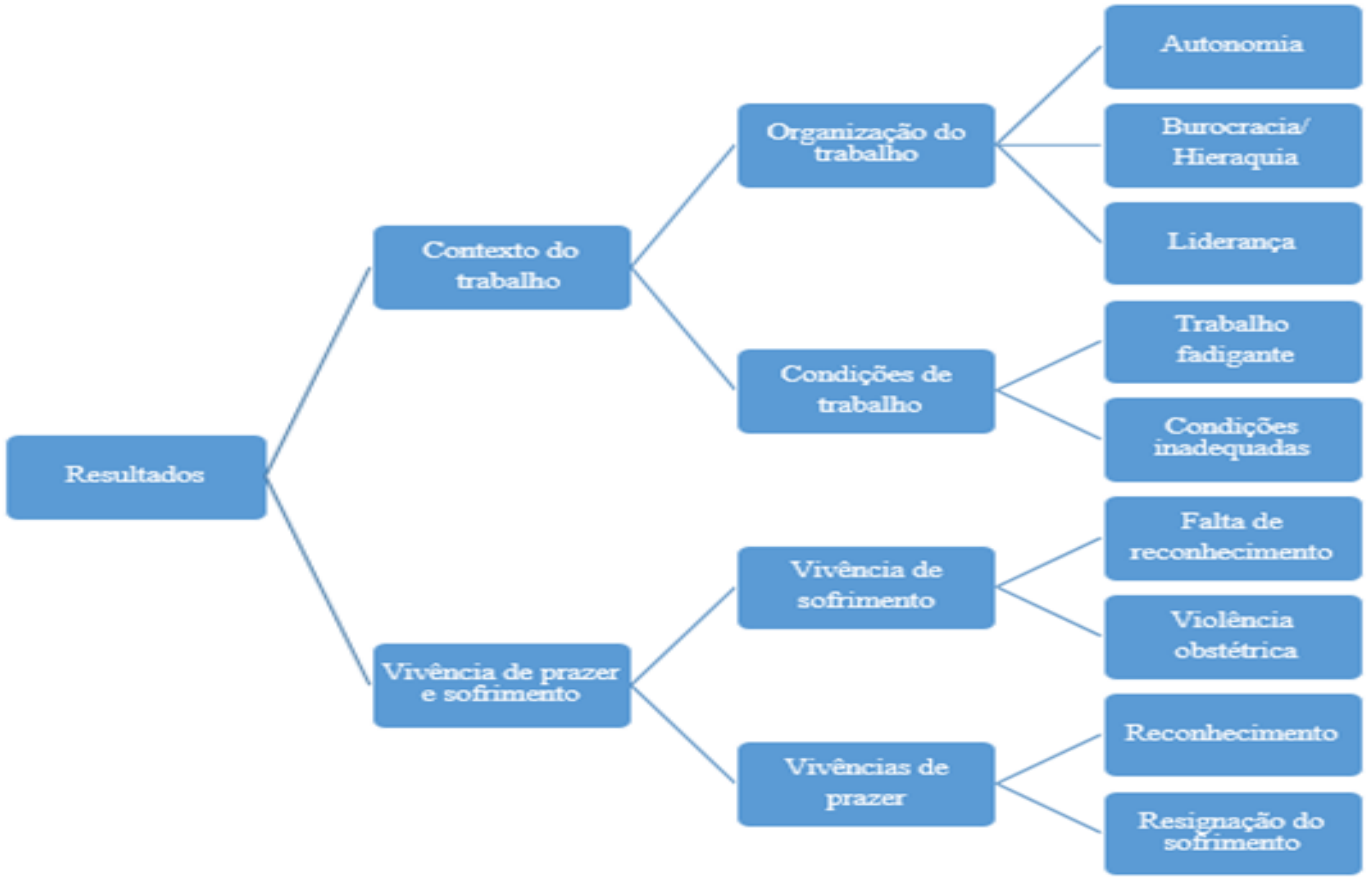
a) A percepção das acadêmicas sobre o contexto do trabalho das enfermeiras: categoria com 53 URs, 51,4% do total das identificadas; agruparam-se aqui duas subcategorias, que trataram da percepção das acadêmicas sobre a organização do trabalho da enfermeira (com três núcleos de sentido) e das condições de trabalho (com dois núcleos de sentido);
b) Vivência de sofrimento e prazer: categoria com 50 URs, 48,6% do total das identificadas; agruparam-se aqui duas subcategorias, que trataram das

vivências de sofrimento (com dois núcleos de sentido) e vivência de prazer (com dois núcleos de sentido).

Todo esse processo de organização foi feito a partir da transcrição das entrevistas em documentos do editor de texto Microsoft Word, com o recorte de cada UR para uma célula da primeira coluna (intitulada UR) de uma planilha (intitulada *corpus*) do editor Microsoft Excel (BARDIN, 2016). Nas colunas adjacentes, foram definidas nomenclaturas para classificação de temas, USs, núcleos de sentido, subcategorias e categorias. As leituras das UR se sucederam até que todas estivessem classificadas conforme os conceitos da pesquisa; por fim, com a utilização das funções de planilha dinâmica do Microsoft Excel, pôde-se chegar às análises de frequência apresentadas no Apêndice E, que organiza as categorias empíricas.

Cada linha de UR preservou a identificação das participantes da pesquisa, aqui anonimamente representadas por E1 (entrevistada 1), E2, E3, e assim sucessivamente até E13, bem como por uma numeração sequencial crescente, o que garantiu a tabulação correta das informações.

Figura 2 – Categorias teóricas de acordo com os dados da pesquisa



Fonte: A autora, 2019.

4 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados se referem à organização do trabalho das enfermeiras obstétricas com as acadêmicas de enfermagem. Estas foram intituladas por E1 (entrevistada 1), E2, E3, e assim sucessivamente até E13, para preservar a identidade de cada uma, considerando o sigilo na pesquisa. Foram analisados os resultados destacando a ótica das acadêmicas de enfermagem frente ao trabalho das enfermeiras obstétricas, às vivências de sofrimento e às de prazer durante seu período de estágio.

4.1 **Caracterizações das participantes do estudo**

A amostra constituiu-se de 13 acadêmicos de enfermagem, sendo que, destas, 11 (85%) são mulheres e apenas dois (15%) dos participantes são do sexo masculino; essa característica da amostra segue a lógica dos resultados que se encontram na Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil de 2013, segundo a qual 84,6% dos profissionais enfermeiros são mulheres (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Entre os trabalhadores da Enfermagem mundial e brasileira, sempre foi muito presente a figura feminina. As ações historicamente desenvolvidas pelas enfermeiras estiveram bem próximas àquelas dos cuidados maternos, de enfermos nos lares, de sujeitos em situação de risco ou vulnerabilidade (XIMENES NETO et al., 2012).

Apesar do número de mulheres ainda ser bem maior, nota-se um aumento no número de acadêmicos do sexo masculino. A participação crescente de homens no setor saúde, principalmente na Enfermagem, nos leva a afirmar o surgimento de uma nova tendência nesse campo, o caminhar para a igualdade de gênero da categoria. Na pesquisa do “Perfil da Enfermagem Brasileira”, identificou-se que 14,4% dos profissionais são homens (MACHADO, 2016).

Em relação à faixa etária, das 13 participantes, sete (54%) se encontram na faixa dos 20 a 24 anos e a idade média encontrada é de 23 anos, o que demonstra um grupo com idade média menor do que o encontrado no Censo da Comissão de *Bussiness Intelligence* do Conselho Federal de Enfermagem, segundo o qual a grande maioria se concentra na faixa de 26 a 35 anos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

4.1.1 O vínculo empregatício

Das 13 acadêmicas participantes, oito (61%) são técnicas de enfermagem e cinco (39%) não possuíam formação técnica em nenhuma área. Das oito que são técnicas de enfermagem, cinco (62,5%) não atuam na enfermagem e apenas três (37,5%) atuam como técnicas de enfermagem na área hospitalar. Das três participantes que atuam como técnicas na área hospitalar, duas (67%) estão atuando na rede privada hospitalar e apenas uma (33%) atua na rede pública hospitalar. Tanto as participantes que atuam na rede privada como na rede pública hospitalar possuem seu vínculo trabalhista regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A participante que trabalha na rede pública é celetista inserida na administração pública, tendo como forma de inserção a contratação pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). A nova conjuntura social e econômica, modulada a partir dos governos neoliberais, caracteriza-se, principalmente, pela flexibilização das relações de trabalho e do consequente crescimento do trabalho terceirizado que ocorre, não raramente, a partir do cerceamento de direitos trabalhistas, minimização de ações de proteção do trabalho por parte do Estado, enfraquecimento de sindicatos, fortes investimentos na captura da subjetividade do trabalhador, entre outros. A estratégia da terceirização passou a ser adotada na esfera pública na perspectiva de competência em produzir de modo mais eficiente (ANTUNES, 2008a).

Uma das estratégias para enfrentar a crise do capitalismo tem sido a opção por formas de produção de bens e serviços que levam à exclusão e precarização da força de trabalho humana. Esse movimento internacional do capital é agravado no Brasil, já que o receituário neoliberal de diminuição da presença do Estado no atendimento à saúde e educação veio a agravar as condições de trabalho nos setores públicos. O aumento de contratos temporários e o baixo investimento nos equipamentos necessários são alguns dos efeitos mais visíveis dessa política (ANTUNES, 2008a).

Quadro 1 – Caracterização das participantes

Participantes	Possui técnico de enfermagem	Está atuando como técnica de enfermagem	Quantos empregos	Jornada de trabalho
Acadêmica E1	Sim	Não	Nenhum	-
Acadêmica E2	Sim	Não	Um	44h
Acadêmica E3	Sim	Sim	Dois	48h
Acadêmica E4	Não	-	Nenhum	-
Acadêmica E5	Não	-	Nenhum	-
Acadêmica E6	Sim	Não	Nenhum	-
Acadêmica E7	Sim	Não	Um	44h
Acadêmica E8	Não	Não	Nenhum	-
Acadêmica E9	Não	Não	Um	30h
Acadêmica E10	Sim	Não	Nenhum	-
Acadêmica E11	Sim	Sim	Um	40h
Acadêmica E12	Não	Não	Nenhum	-
Acadêmica E13	Sim	Sim	Um	44h

Fonte: A autora, 2019.

Trabalho precário refere-se à desproteção social; isto é, situações em que os trabalhadores não têm direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como licença-maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria, baixos vencimentos e inadequadas condições de trabalho na delimitação do que seja trabalho precário. Também podem ser considerados trabalhos precários aqueles com tempo determinado, e a precariedade, neste caso, refere-se também ao sentimento de instabilidade que causa ao trabalhador (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Cabe evidenciar que não excluímos as participantes que possuíam vínculo profissional com a enfermagem ou que já atuavam no campo profissional como técnica de enfermagem, fato esse que pode trazer um olhar diferente ao responder as questões referentes à organização do trabalho das enfermeiras, pois estas possuem uma visão bem mais ampliada em comparação com algumas colegas que não trabalham em um ambiente hospitalar, pois há correlação com o real e a aquisição dos conhecimentos científicos a partir do desempenho de habilidades práticas (NORONHA, 1985).

Berbel (1998) afirma que a aprendizagem significativa implica considerar o que o sujeito tem de conhecimento prévio e como construir novos conhecimentos que tenham significado para sua vida e prática cotidiana. Na graduação em enfermagem, deparamo-nos com acadêmicos de diferentes idades, vivências e conhecimentos, o que impacta na forma

como o saber se desenvolve ao longo da sua formação. Percebe-se que os acadêmicos técnicos de enfermagem têm boa carga prática profissional devido à vivência na área, porém são estimulados ao desenvolvimento do conhecimento científico, construindo uma habilidade intelectual em que estes conhecimentos justifiquem suas práticas, e também a visão gerencial. Para alguns técnicos de enfermagem, a vontade de cursar e concluir um curso superior é um desejo presente há muitos anos, porém, algumas vezes, as necessidades e imposições do cotidiano se sobrepõem a essa ideia, fazendo com que esse sonho seja adiado; entretanto, ao conseguir ingressar no ambiente acadêmico, esse trabalhador-estudante passa a conviver com uma nova realidade, ocasionando momentos de adaptação desse novo aluno que precisará, muitas vezes, reorganizar sua vida (LIMA et al., 2013).

4.1.2 Renda familiar

A maioria dos participantes, 11 (86%), vive com uma renda familiar inferior a R$ 4000,00, sendo esta renda desfavorável para se manter em curso superior, fazer frente aos gastos relativos à permanência de um estudante no ensino superior, pois há despesas com transporte, alimentação, material didático e vestuário; sendo sua inserção no curso de nível superior possível, a partir de 2005, devido às políticas do governo federal que começaram a se tornar realidade, como o programa Universidade para Todos (ProUni) e o programa de Financiamento Estudantil (FIES), ambos com foco na população de baixa renda (TANEGUTI, 2013).

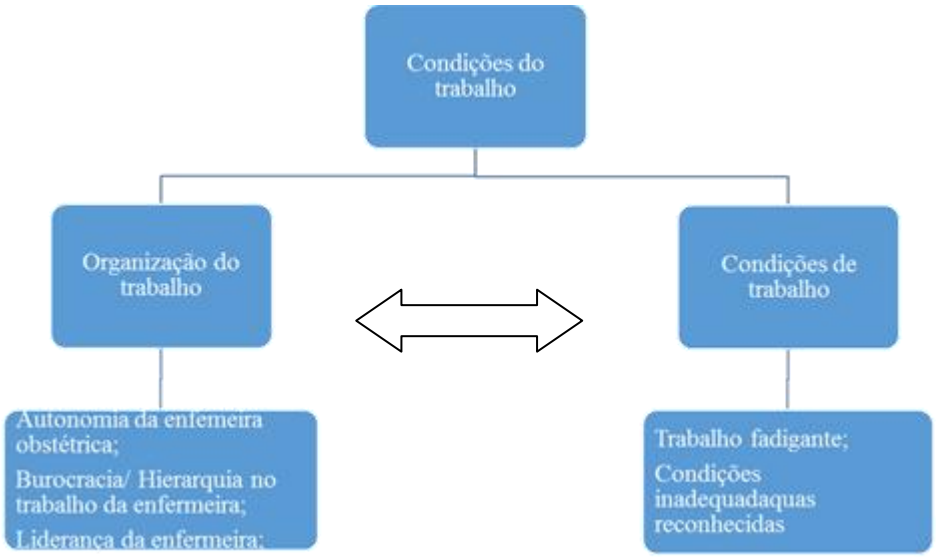
O ensino superior representa para esses estudantes um investimento para ampliar suas chances no mercado de trabalho cada vez mais competitivo, representando a busca por uma vida melhor, o que, por sua vez, significa uma inserção em um trabalho que possibilite maior poder aquisitivo. Essa representação da universidade condiz com o seu novo papel, ou seja, o adestramento para a mão de obra. Isso é vivido pelos universitários como a realização de um futuro que está sendo construído durante o curso universitário (CHAUÍ, 2001).

4.2 **Categoria 1: A percepção das acadêmicas sobre o contexto do trabalho das enfermeiras**

Nesta categoria teórica, com 53 URs (51,4%) do total das identificadas, agruparam-se duas subcategorias, que trataram da organização do trabalho e das condições de trabalho: a) A percepção das acadêmicas de enfermagem sobre organização do trabalho da enfermeira, com 31 UR (30,1%) e três núcleos de sentido; b) A percepção das acadêmicas de enfermagem sobre as condições de trabalho, com 22 UR (21,3%) e dois núcleos de sentido.

O contexto de trabalho das enfermeiras representa um espaço no qual as acadêmicas de enfermagem buscam expressar e concretizar seus desejos, explorando seu conhecimento teórico na prática. O contexto de trabalho possui três dimensões (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais); influencia o prazer e o sofrimento, que são constitutivos da subjetividade no trabalho, sendo vivências que retratam o sentido dado ao trabalho como resultante da interação entre condições subjetivas (dos sujeitos) e objetivas (da realidade de trabalho), podendo assim vivenciar prazer e/ ou sofrimento. Caso predomine o sofrimento, poderá utilizar-se de estratégias de mobilização ou defensivas ou operatórias (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Figura 3 – Esquema sinóptico das subcategorias



Fonte: A autora, 2019.

4.2.1 Subcategoria 1: A percepção das acadêmicas sobre a organização do trabalho da enfermeira

Esta subcategoria apresenta três núcleos de sentido: a percepção das acadêmicas de enfermagem sobre a autonomia da enfermeira obstétrica no trabalho (16 URs), a percepção das acadêmicas de enfermagem sobre a burocracia/ hierarquia existente no trabalho das enfermeiras (nove URs); a percepção das acadêmicas de enfermagem sobre a liderança das enfermeiras no trabalho (seis URs), que são discutidos à luz do referencial teórico e de outros autores conforme pertinência do tema abordado.

4.2.1.1 Percepção das acadêmicas sobre a autonomia da enfermeira obstétrica no trabalho

As acadêmicas de enfermagem entrevistadas percebem que a enfermagem obstétrica possui uma lógica de atuação muito diferente da enfermagem em geral, e por isso, consideram-na como uma área autônoma, relacionada com as práticas que ela realiza. A prescrição de medicamentos, a realização do parto sem a presença do médico e tomada de decisão de maneira livre, com maior produtividade e reconhecimento, são mencionadas pelas participantes:

> Vejo o enfermeiro [obstétrico] de uma forma em que possui mais autonomia (prescrever medicamentos, realizar o parto sem ter a presença do médico para exercer sua atividade, ter tomadas de decisões, de maneira livre, sem o médico para opinar) para exercer suas competências. Vejo exercendo de fato o seu papel [...] com autonomia e segurança para isso (E12).

> A enfermeira obstetra tem muito mais autonomia [...] atuando desde o momento da internação. Na obstetrícia tem uma maior produtividade, você é mais reconhecido porque eu acho que nessa área o enfermeiro tem uma autonomia, no qual nas outras eu acho que é mais difícil você ter (E5).

O termo autonomia refere-se à capacidade de uma pessoa ou grupo em fixar e submeter-se a suas próprias normas e leis, de modo a imprimir orientação às suas ações, por si mesmo, e com independência. É a "faculdade de decidir-se por si mesmo" (BIANCO, 2002). A palavra autonomia vem da palavra grega composta do subjetivo pronominal *ato*, que significa ao mesmo tempo, ele mesmo e por si mesmo, competência humana em seguir suas

próprias leis ou pessoa capaz de conduzir qualquer conduta; pode ser definida como “direito de um indivíduo tomar decisões livremente; independência moral ou intelectual”, porém não deve ser confundida a autonomia profissional (VILLAR; FRANCO, 2009).

A autonomia profissional é entendida como um determinado grau de poder, conhecimento teórico e/ou prático bem como do ambiente de atuação, competências para tomar decisões e resoluções no seu espaço de atuação. A autonomia não é uma propriedade singular e sim de uma conotação que exige intersubejetividade, pois baseia-se no conjunto de condições socialmente contruídas. Encontra-se vinculada às questões referentes à descentralização do poder, uma vez que busca garantir maior participação política dos sujeitos. (SANTOS, 2012).

A enfermagem obstétrica possui uma lógica de atuação muito diferente da enfermagem em geral, por isso esta não a considera como uma especialização, mas como uma área autônoma. O ponto principal que a diferencia de sua área de origem está no modo de compreensão a respeito do processo de partejamento da mulher, reconhecendo-a como figura tradicionalmente conhecedora dos processos naturais do parto e do nascimento.

No contexto atual das políticas de saúde, influenciado pelo cenário político-econômico neoliberal, levou à flexibilidade de uma mão de obra menos custosa, aliada à tecnologia leve que diminui o índice de parto cesáreo, a enfermagem obstétrica está relacionada com o cuidado não invasivo, de baixo custo e com a humanização no parto, conferindo-lhe potencialidades de atuação com maior grau de autonomia em confronto com as representações e forças hegemônicas da categoria médica na assistência obstétrica; favorecendo a humanização, que não se limita somente em incentivar, apoiar e assistir a mulher a parir por via vaginal, mas incluindo, também, o respeito à dignidade e à vontade da mulher e sua família, dando-lhe subsídio para ser protagonista do seu parto, agir de forma instintiva e decidir sobre a forma mais confortável para o período expulsivo (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2008).

No entanto, a atuação autônoma da enfermeira obstétrica, muitas vezes, é visualizada de forma equivocada; apesar do seu potencial de conhecimento científico, a autonomia profissional da enfermeira é limitada e por vezes anulada no interior das organizações de saúde, pois o modelo assistencial biomédico ainda é hegemônico no Brasil. A enfermeira ocupa nas relações sociais de produção o lugar de funcionária assalariada, detentora apenas da força de trabalho e destituída dos meios de produção e de outra forma de capital. Tal situação lhe impõe a venda da sua força de trabalho ao capital, atendendo às exigências de quem a

emprega e também aos determinantes sociais do seu trabalho em um contexto de reestruturação produtiva, do trabalho flexibilizado e precarizado (SANTOS, 2012).

A enfermagem ainda é bastante submissa à hierarquia hospitalar, ao paradigma limitado de realizar suas funções sem questionamentos e interesse no conhecimento a respeito da independência e tomada de decisões e ao modo de produção capitalista. A consequência mais importante dessa submissão (que traz em seu interior a desvalorização tanto do cuidar como do papel educativo do enfermeiro) valoriza a competência técnica, porém restringe a institucionalização da autonomia do saber da enfermagem, que é relacionado à ampla dimensão do processo de cuidar (BUENO; QUEIROZ, 2006).

No processo de trabalho da enfermeira, registra-se uma progressiva ampliação das fronteiras do trabalho que antes eram exclusivas de outras categorias profissionais, incorporando assim essas práticas ao processo de trabalho em saúde e na enfermagem; a exemplo dessas práticas temos a prescrição de medicamentos (MARTINIANO et al., 2015).

A prescrição de medicamentos por enfermeiras está prevista na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem e em outros dispositivos legais do Conselho Federal de Enfermagem, sendo realizada conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou por instituições congêneres. Embora a prescrição de medicamentos por enfermeiras esteja legalmente prevista desde 1987, atualmente essa prática é pouco legitimada e discutida no campo da enfermagem, além de ter forte oposição da categoria médica e ser comumente reduzida à “transcrição” de medicamentos, dado que a enfermeira não pode alterar a posologia nem indicar outro medicamento que não esteja previsto nos protocolos que embasam o seu ato prescricional (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2013).

Vale esclarecer que o limite imposto ao ato prescricional da enfermeira não confere maior autonomia profissional, já que essa prática, por ser uma conduta embasada em um processo de análise e decisão dentro dos parâmetros estabelecidos em protocolos, não garante intervir nos problemas que ultrapassam os limites dos protocolos. Ou seja, mesmo que a enfermeira identifique a necessidade de alterar a posologia ou indicar outro medicamento que não esteja previsto nos protocolos, é necessário que o usuário seja encaminhado ao profissional médico para que este adeque a terapêutica farmacológica (DOMBROWSKI; PONTES, ASSIS, 2013).

Em particular, na profissão de enfermagem, esta conquista da autonomia ainda não foi alcançada completamente, visto que ainda existem fatores internos e externos à profissão que, no decorrer dos anos, foram limitando a ampla definição da enfermagem como uma profissão autónoma, interdependente de outras profissões no âmbito da saúde, mas com uma área de

conhecimentos próprios que permitem ter um campo de atuação independente (RIBEIRO, 2009).

Para as acadêmicas de enfermagem entrevistadas, ter autonomia para realizarem suas atividades se associa a ter maior vínculo com as gestantes, ter conhecimento, competência resolutiva, associados a um cuidado humanizado, não mecanizado e técnico, produzindo satisfação no trabalho por imprimir sua marca pessoal.

> Eu tenho uma percepção da enfermeira obstétrica como sendo aquela de maior vínculo com a gestante, aquela que tem conhecimento, autonomia, competência e resolutividade, agregando humanização e cuidados não mecanizados ou técnicos demais (E1).

A noção de autonomia depende de condições culturais e sociais. Portanto, é necessário apreender diversos saberes e culturas para que seja possível decidir e refletir de forma autônoma sobre quais ideias seguir (MORIN, 2011).

A autonomia, sob a ótica das acadêmicas de enfermagem, é prazerosa, pois foge da robotização no trabalho, imprimindo características pessoais em determinado trabalho por meio da expressão da subjetividade, na qual o profissional tem liberdade de demonstrar seus conhecimentos e capacidade para organizar e produzir seu trabalho. Assim, a autonomia para propor novas formas de organizar o trabalho mostra-se importante ao favorecer o exercício da inteligência prática, possibilitando que o sujeito crie novas formas, mais eficazes, de desempenhar suas tarefas, ou seja, há um investimento subjetivo que se reveste de prazer, independente do esforço necessário para organizar o trabalho (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012).

A autonomia profissional da enfermeira deve ser renovada por um novo paradigma científico, levando em consideração o processo de enfermagem como uma atividade na qual o enfermeiro deve dominar, com embasamento científico e conhecimento cognitivo e afetivo.

Nesse sentido, uma vez que o cuidado ao paciente é considerado a área de competência própria da enfermeira, é principalmente neste contexto que ele pode efetivamente exercer a sua autonomia (SILVA; SANTOS, 2009).

4.2.1.2 Percepção das acadêmicas sobre a burocracia/ hierarquia existente no trabalho das enfermeiras

Todas as participantes do estudo perceberam o trabalho das enfermeiras que atuam em maternidade como um trabalho burocrático e hierarquizado, porém não associaram esse processo de trabalho à especialidade de Enfermeira obstétrica.

A crescente fragmentação do trabalho, com vistas à sua padronização e programação, faz com que a acadêmica de enfermagem perceba a divisão do trabalho como constituinte de uma forma de organização, segundo os objetivos de valorização do capital. O capital, pela divisão do trabalho, consegue parcelar, desvalorizar e simplificar o trabalho individual, constituindo a primeira forma do trabalhador coletivo, criando, assim, melhores condições para sua própria valorização. No caso específico, esse procedimento surge a partir do século IX, quando o hospital passa a exercer a prática assistencial, o tratamento e a cura dos pacientes da enfermagem, a atividade profissional é caracterizada pela divisão técnica do trabalho, parcelando as suas atividades em tarefas, procedimentos e atribuições que são designadas aos vários agentes que compõem a equipe (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

A percepção das acadêmicas de enfermagem sobre o trabalho das enfermeiras é de que, em diversos momentos, elas privilegiam mais o preenchimento de formulários, folhas de evolução, delegação das atividades (características de autoridade burocrática), em detrimento da assistência ao paciente.

> Pela minha vivencia no hospital particular na parte burocrática do enfermeiro, eu vejo mais no papel, não que ela queira está no papel, mas é que atribuído a ela uma responsabilidade no que está escrito, ela acaba um pouco ausente da assistência e acaba delegando muitas tarefas que no caso ela teria que fazer para os técnicos (E11).

> As enfermeiras na maternidade em que fiz estágio, no setor do alojamento conjunto e com as gestantes, desempenhavam um papel mais burocrático. Aprazavam as medicações, cuidavam da transferência, solicitavam as medicações, iam no leito das pacientes dar assistência quando os acadêmicos de enfermagem ou residentes após a visita em todos os pacientes, sinalizavam alguma situação mais grave ou que requeresse sua presença (E9).

A palavra burocracia tem sua origem a partir do francês *bureau* (escritório) e do grego *kratia* (poder). A burocracia é um sistema que busca organizar, de forma estável e duradoura, a cooperação de um grande número de indivíduos, cada qual detentor de uma função especializada. É uma tentativa de coordenar o comportamento humano por meio do exercício

da autoridade racional-legal para atingir os objetivos organizacionais gerais. Separa-se a esfera pessoal, privada e familiar da esfera do trabalho, visto como esfera pública de atuação do indivíduo (MOTTA; VASCONCELOS, 2008).

A burocracia tem as seguintes características: divisão do trabalho, hierarquia de autoridade, racionalidade, regras e padrões, compromisso profissional, registros e escritos e a impessoalidade. O sistema burocrático é um sistema impessoal, e funciona de acordo com as normas e regras previamente estabelecidas, no qual as pessoas ficam em segundo plano, ou desconsideradas (SILVA; MIGOTT; GRZYBOVSKKI, 2001).

A enfermagem é fortemente influenciada pelo modelo da administração clássica, do modelo burocrático, taylorista e fayolista, tão presentes na organização do trabalho da categoria, ao desempenhar a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho da enfermagem, e ao delegar atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A identificação com os modelos citados está na ênfase dada à divisão do trabalho em tarefas e à excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, o fazer em detrimento do pensar e assistência fragmentada em atividades. A assistência direta fica aos cuidados do pessoal técnico e auxiliar, e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, reforçando a divisão entre trabalho intelectual e manual (MATOS; PIRES, 2002; PIRES, 1999).

Observa-se que, nesse processo de trabalho da enfermagem, há divisão do trabalho hospitalar entre a enfermagem de nível superior, responsável pela chefia e supervisão, e os técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pela execução de trabalho menos qualificado, marcado por tarefas intensas, repetitivas e social e financeiramente desvalorizadas (PITTA, 2003).

A dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual é há muito apontada, assiduamente, pela literatura que trata da universidade. A hierarquização do trabalho manual sob o intelectual faz com que os universitários se transformem numa elite privilegiada, com vantagens na apropriação não apenas do saber, mas também dos salários e da renda, de parte da riqueza da sociedade e, para manterem esse privilégio, monopolizam o conhecimento (BUARQUE, 1994).

O fazer continua sendo o principal motor no trabalho de nível médio. Mesmo novas formas de divisão do trabalho coletivo da enfermagem, como o modelo de “cuidados integrais”, pelo qual o trabalhador presta todos os cuidados de enfermagem necessários a um usuário (ou grupo de usuários), não têm possibilitado a real participação dos trabalhadores na

tomada de decisão, já que os cuidados são prescritos pelos médicos e enfermeiros, sem uma discussão mais ampliada com aqueles que cuidam (MATOS; PIRES, 2002).

As mudanças no mundo do trabalho da enfermagem apontam que as ações são extremamente fragmentadas; há uma ausência de participação da categoria nas decisões que envolvem o seu trabalho. Em situações de organização de trabalho rígida, a divisão no trabalho se apresentará de forma acentuada e, consequentemente, o conteúdo significativo da tarefa estará reduzido, com poucas possibilidades de transformá-lo. Essa organização do trabalho poderá promover a desapropriação do saber do trabalhador, que conduz à perda da liberdade de criação, fundamental para o trabalhador, pois possibilita que faça rearranjos para adaptar a organização do seu trabalho às necessidades do seu organismo e às suas aptidões fisiológicas (DEJOURS, 2007).

Para as acadêmicas de enfermagem entrevistadas, o trabalho da enfermeira tem inumeras funções que a prende na parte burocrática, como detalhes do funcionamento da estrutura hospitalar, previsão de materiais e o cuidado ao paciente.

> O tempo em que a enfermeira fica presa à parte burocrática, que poderia ser melhor aproveitado em outras atividades, ligadas ao cuidar (E11).

> [...] tem a parte burocrática, tem a rotina prática do atendimento, de prestar atenção nos mínimos detalhes seja do ar condicionado do setor, do preparo do material, ver se tá faltando material, [...] sempre temalgo pra fazer desde o processo burocrático até o cuidado propriamente dito com o paciente (E4).

As enfermeiras se mantêm constante e continuamente ocupadas e preocupadas em encontrar soluções para os problemas, afastando-se das funções que consideram inerentes ao próprio trabalho e exercendo outras que, pela lógica, seriam de competência de outros profissionais ou serviços. A autoimposição de uma série de obrigações em relação ao paciente, aos seus direitos e ao seu estado e o não vislumbrar tal nível de exigência nos demais profissionais de outros serviços, além de não obterem a resposta esperada durante tentativas de compartilhar problemas e dificuldades, geram sentimentos de intenso sofrimento no trabalho, pois durante a graduação as acadêmicas de enfermagem vêm tendo sua formação voltada somente para o aprendizado das técnicas e, em especial nas instituições hospitalares, há uma desvalorização dos aspectos relativos ao gerenciamento, como a liderança, que muitas vezes é lembrada apenas quando a mesma já se encontra inserida na prática profissional e necessita solucionar os conflitos que emergem no cotidiano (AMESTOY, 2010).

As instituições de ensino possuem a grande responsabilidade de formar líderes críticos, reflexivos, politizados, capazes de atuar de forma coerente, a fim de criar e recriar uma realidade. A formação profissional da enfermeira está em constante movimento e construção, buscando cada vez mais o desenvolvimento. O perfil desejado do egresso não contém apenas habilidades técnicas e o conhecimento biológico, mas também formação de enfermeiros críticos e criativos para a sociedade, buscando base de ética e liderança.

A função da enfermeira voltada para atividades administrativas ainda é muito priorizada por instituições de saúde, afastando-a do contato direto com o paciente; fazendo, desta forma, com que a enfermeira deixe muitas vezes de lado a realização das práticas humanizadas, pois essa atribuição requer uma demanda de tempo e dedicação para o serviço (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Porém o universo de trabalho da enfermeira não está somente ao "redor do paciente", não está "ao redor do cuidar", mas está:

> ao redor da instituição hospitalar burocrática, à enfermeira não cabe apenas competência técnica, é necessário competência administrativa para que lhe seja possível o gerenciamento de sua unidade e a organização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes sob os seus cuidados onde através de sua função administrativa, presta-se à manutenção desse sistema onde o paciente não tem norteado as ações dessa organização... (FERRAZ, 1989).

Nessa expectativa, administrar é também prestar assistência de enfermagem ao paciente (FERRAZ,1989).

4.2.1.3 Percepção das acadêmicas sobre a liderança das enfermeiras no trabalho

Todas as participantes do estudo perceberam a liderança da enfermeira em seu processo de trabalho. Porém, cabe ressaltar que as discentes associaram a liderança à profissão de enfermeira e não à especialidade de Enfermeira obstétrica.

Desse modo, as participantes acreditam que o líder é aquele que dá o exemplo, uma referência de organização, que escuta e acha importante a opnião dos outros, buscando o melhor de todos, assim como o próprio crescimento, que possui a gestão do cuidado:

> Líder, é aquele que [...], vai ser exemplo, se eu vou querer cobrar algo eu vou ter que ser exemplo para aquela equipe; Ele [o líder] é uma pessoa organizada, que ouve as outras pessoas, que acha importante a opinião de outras pessoas; [...] É uma pessoa que busca o melhor de todos e quer ver também o crescimento dos outros, assim como o próprio crescimento, ele quer ver a equipe dele também crescer [...] então se a equipe faz algo de bom é porque ele também está fazendo algo de bom (E4).

O desenvolvimento da liderança no mundo acadêmico é influenciado pela integração entre os docentes e os enfermeiros em seu campo laboral; quando essa relação ocorre de maneira frágil, dificulta o seu exercício, o que enfatiza a dissociação do arcabouço teórico da liderança com a prática, ou seja, perpetua-se o distanciamento do que se estuda do que se pratica. A importância do desenvolvimento da habilidade de liderar durante a graduação de enfermagem encontra-se sedimentada em estudos acerca da liderança, uma vez que tal competência se destaca na atuação da enfermeira (MINAYO, 2014; NEVES; SANNA, 2012).

A graduação não confere às acadêmicas a percepção da complexidade da tarefa de um líder, nem tampouco do alcance que a enfermeira como líder pode ter. Parece não haver preocupação da graduação em explorar o exercício da liderança como estratégia de gestão. Antes, enfatiza-se de forma marcante as tarefas assistenciais dos enfermeiros, sem relacioná-las com liderança. Ou seja, parece não haver dedicação da graduação ao desenvolvimento do enfermeiro como líder (LOURENÇO; TREVIZAN, 2001).

Para Robbins (2005), um "bom líder é alguém que "motiva e coordena sua equipe aplicando de forma eficaz suas habilidades individuais e grupais, seus conhecimentos e suas experiências de modo a alcançar as metas". Algumas qualidades hão de lhe ser pertinentes: postura, autodisciplina, pontualidade, comprometimento, senso de justiça, lealdade, confiança e apoio aos seus comandados. Por atribuição ou natureza, ao líder cabe a autoridade de comando, com diferentes graus de influência em seus subordinados e no próprio ambiente. Um bom líder é aquele que obtém bons resultados pelo desempenho eficiente de sua equipe: estimula o crescimento do grupo e preserva seu bem-estar. O bom líder vê cada subordinado como uma pessoa singular, com seus valores, expectativas e desejos, considerando a todos igualmente e conjugando aspirações do grupo.

Para Schein (2009), a forma mais simples como o líder comunica valores e principais suposições aos liderados é pelo "carisma", que corresponde à capacidade pessoal de atração dos subordinados, sendo considerado como um mecanismo de fixação de valores, suposições e expectativas. Em decorrência, entende-se que o líder desempenhe funções ativadoras, que tenha habilidade para induzir pessoas e administrar diferenças, geralmente traduzindo

objetivos e necessidades da organização (o líder está em função dela) e buscando comungar esforços e motivação de seus liderados.

A liderança em enfermagem, assim como na administração, passou por transformações. Atualmente observa-se um novo modelo de liderança com a descentralização do processo decisório, enfatização das relações interpessoais, comunicação, disposição para assumir riscos, motivação e valorização do indivíduo (DIAS, 2003; SIMÕES; FAVERO, 2003).

No exercício da liderança, a enfermeira deve propiciar um ambiente favorável para a execução das atividades em seu cotidiano de trabalho, pois ela assume a difícil tarefa de coordenar a equipe de enfermagem e, por isso, necessita desenvolver habilidades que favoreçam a condução equilibrada de um grupo heterogêneo, transmitindo segurança na tomada de decisões (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

Um exemplo positivo do líder pode fortalecer o respeito entre os membros do grupo, além de influenciar nas condutas de seus colaboradores. No caso da enfermagem, se o enfermeiro é responsável, comprometido e pontual, ele poderá influenciar sua equipe a desenvolver essas mesmas características, fortalecendo o talento, promovendo habilidades e aumentando as oportunidades, melhorando a qualidade de vida não só do líder, como de toda a equipe (SIMÕES; FAVERO, 2003).

Os líderes são considerados os agentes de mudança capazes de levar seus liderados a se identificarem com sua proposta empreendedora, reflexo de uma nova forma de pensar, inclusive, acerca da liderança (MORIANO et al., 2011).

É por meio da liderança que a enfermeira procura conciliar os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem, buscando o aprimoramento da prática profissional e principalmente o alcance de uma prática de enfermagem efetiva e integradora, cuja finalidade é a qualidade do cuidado. A enfermeira é, portanto, caracterizada como elemento facilitador do trabalho da equipe (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998).

O líder utiliza a comunicação para influenciar, estimular, criticar e, principalmente, para ouvir. Uma comunicação frequente, aberta e honesta estimula os liderados a seguirem no alcance das metas e objetivos traçados. Segundo Decrane Junior, “a comunicação é um processo bilateral no qual os líderes ouvem, esperam por feedback e novas idéias e são guiados pela necessidade de estimular e influenciar, não de comandar e controlar”. Desta forma, entendemos a comunicação como um recurso para o sucesso da liderança exercida pela enfermeira, pois permite a esta profissional o desempenho de suas ações através de inter-

relações com o cliente, a instituição, a equipe médica e o pessoal de enfermagem, buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada (DECRANE JUNIOR, 1996).

A liderança da enfermeira também foi reconhecida pelas acadêmicas quando ressaltaram maiores conhecimentos da enfermeira na divisão técnica de seu processo de trabalho:

> Uma profissional totalmente capaz e conhecedora dos processos e procedimentos [...] desde todo o conhecimento técnico e científico [...] lideraça, não presenciei grande interação entre ambas [técnico de enfermagem e enfermeiros] [...] quanto enfermeira obstétrica presenciei poucas vezes sua atuação [como líder] na maternidade em que faço estágio (E2).

> Vejo mais o enfermeiro [líder], fazendo tudo que lhe compete [...] com base científica, [...] autonomia e conhecimento que o técnico [técnico de enfermagem] não possui. Ele faz o procedimento delegado pelo enfermeiro, auxiliando [...] é tudo bem deixado para o técnico, o máximo que dá para deixar é deixado [...] (E10).

No mundo globalizado e neoliberal, as características do que seja uma boa liderança estão em constante atualização, são dinâmicas e se adaptam às novas exigências institucionais e econômicas. O líder é descrito como produto singular e sua constituição não se esgota nas vivências acumuladas e nem nas capacitações que realiza (AMESTOY, 2010; VENDEMIATT et al., 2010).

A enfermeira deve buscar constantemente a sua atualização bem como condições que favoreçam as características ideais para o desenvolvimento da liderança. O sucesso na atuação da equipe de enfermagem está pautado na busca por objetivos concisos e por uma liderança que permita o crescimento de todos aqueles envolvidos no processo. Portanto, a liderança deve permear todas as atividades do trabalho da enfermeira, permitindo transformar o real e construir o ideal, assumir desafios, remover os entraves, contornar e superar as barreiras assumidas como intransponíveis (GARCÍA; SANTA, 2009).

O trabalho da enfermagem, geralmente, é executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, acarretando a compartimentalização da pessoa a ser cuidada. Um outro agravante, que ainda perdura na prática da saúde, é a lógica tecnicista, cuja ênfase está no saber fazer em detrimento do saber ser.

A liderança foi associada pelas participantes à proatividade da enfermeira que se reflete na satisfação e na melhora da comunicação no trabalho da equipe:

> A enfermeira tem um papel de liderança [...] quando ela é proativa, os demais membros da equipe de enfermagem tinham mais atenção e mais gosto ao

> desenvolver suas atividades, bem como uma melhor comunicação entre a equipe (E9).

A proatividade na liderança surge como importante motivador para promover o agir proativo na equipe, visto que, a partir desse processo, ocorre maior estímulo à ação coletiva que não só facilita relações de apoio entre os membros, como fornece também uma influência transformadora, mostrando-se favorável para a troca de saberes na equipe, traduzindo-se em oportunidades potenciais de exercer a liderança e de (inter)agir com os diversos profissionais relacionados ao gerenciamento do cuidado, fortalecendo a elaboração e implementação de melhores práticas no cuidado (STRAUSS; GRIFFIN; PARKER, 2012).

A articulação entre liderança e comunicação possibilita ao enfermeiro atuar ativamente sobre os problemas e promover mudanças tão almejadas para um novo momento, favorecendo a diminuição da rotatividade de funcionários e o desgaste físico e emocional destes, bem como fortalecer habilidades e conhecimentos sobre o papel da enfermagem. Para tanto, maior utilização das relações orientadas de liderança, definida como dar *feedback* construtivo e a construção de coligações de apoio à mudança facilitam a incorporação da meta pelos demais envolvidos no processo, criando sensação de necessidade e demonstrando o compromisso compartilhado de mudar (SPAGNUOLO; PEREIRA, 2007).

A liderança em enfermagem é definida pelas participantes como uma pessoa que tem uma visão geral da gestão do cuidado, que mantém todo o trabalho organizado de uma maneira sistematizada.

> A enfermeira eu vejo o papel de liderança eu acho eu enfermeiro é aquele que tem uma visão geral de gestão do cuidado, [...] é aquele gestor de ter todo trabalho organizado, implementado e fazer o diagnóstico de enfermagem, um trabalho sistematizado é fundamental para um serviço organizado (E8).

O gerenciamento do cuidado é realizado pelo enfermeiro quando ele planeja, delega ou faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ou seja, em todas as atividades realizadas para que se concretizem melhorias no cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Assim, a percepção da acadêmica de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro pode estar refletida no reconhecimento do seu papel como sendo o trabalhador que, mesmo atuando interdisciplinarmente e em diferentes cenários, é o gerente do cuidado. Então, pode-se dizer que este é um fator positivo quando relacionado à construção dessa característica identitária.

A Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente, apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. Trata-se de um processo dinâmico e que requer na prática conhecimento técnico-científico (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Com a Sistematização de Assistência de Enfermagem, a aplicação do Processo de Enfermagem melhora a qualidade dos registros de enfermagem, favorecendo a avaliação do cuidado e direcionando as ações da assistência. A SAE, por sua vez, se caracteriza como um modelo metodológico que permite ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos gerenciais e de tecnologia na prática de assistência, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado (BARROS, 2012; MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011; SANTOS FILHO).

No decorrer do curso de graduação, os acadêmicos de enfermagem assumem ou podem ser levados a assumir uma postura passiva, aguardando que os docentes ou até mesmo os profissionais de saúde direcionem suas ações. Esse comportamento pode contribuir para que os enfermeiros recém-graduados, independentemente da sua área de atuação, encontrem dificuldades nas atividades gerenciais e dificuldades de liderança ao assumirem sua função e iniciarem suas atividades como profissionais. Entende-se que a concepção dos acadêmicos sobre a liderança é um dos fatores que podem influenciar no seu processo de ensino-aprendizado, implicando na forma como irá exercê-la nas atividades do estágio curricular.

4.2.2 Subcategoria 2: Condições de trabalho

Esta subcategoria com 22 URs (21,4%) é composta por dois núcleos de sentido: A percepção das acadêmicas de enfermagem de um trabalho fatigante das enfermeiras (12 URs) e Percepção das acadêmicas de enfemagem de condições de trabalho inadequadas (10 URs).

4.2.2.1 Percepção das acadêmicas de enfermagem sobre o trabalho fatigante das enfermeiras

As acadêmicas de enfermagem percebem que o trabalho das enfermeiras possui uma rotina de trabalho muito pesada, com baixos salários, o que, consequentemente, faz com que as profisionais atuem em mais de um emprego, culminando em excesso de plantões, fato que pode interferir na qualidade da assistência prestada

> O enfermeiro tem uma rotina de trabalho pesada, plantões, às vezes dobra de plantão, uma rotina bem pesada [...] sem contar a carga emocional [...] isso afeta sua atuação, pois às vezes você já tá esgotada e com isso você não consiga dar o seu melhor naquele dia para as pessoas, resultando em um atendimento ruim, em que a pessoa acaba dizendo: "nossa, aquela enfermeira é horrível" (E3).

> Acho que falta um salário melhor, uma carga horária mais flexível, porque pelo que eu vejo dos meus colegas são plantões cansativos 12 x 36, em um emprego que não paga bem e não tem, sem muita possibilidade de arrumar um outro emprego devido ao cansaço (E1).

O trabalho hospitalar apresenta aspectos muito específicos. No Brasil, os profissionais de enfermagem têm muitas vezes longas jornadas de trabalho. Os plantões de 12 horas, seguidos por 36 ou 60 horas de descanso, permitem que os profissionais se dediquem a mais de um vínculo empregatício, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Esses fatores levam esses profissionais a longas jornadas, causando exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes, quando passam a assumir múltiplas funções, o que pode levar à frustração, cansaço e desvalorização profissional, entre outros. A necessidade de mais um emprego exige do profissional de Enfermagem a permanência da maioria dos anos produtivos em ambiente insalubre, o que aumenta o tempo de exposição aos riscos ocupacionais. Além disso, a predominância feminina de profissionais desta área acaba unindo a jornada de trabalho profissional ao trabalho doméstico, compondo a carga total de trabalho (SILVA; ROTENBERG; FISCHER, 2011).

Como consequências da sobrecarga/excesso de trabalho, os estudos identificam frequentes acidentes com material perfurocortante ou com fluidos e secreções corporais; problemas de saúde, como contusões, hipertensão arterial, alergias, epigastralgias, problemas musculoesqueléticos, adoecimento/sofrimento mental, entre outros. Apontaram, ainda, que essas são algumas das causas do afastamento do trabalho por parte dos profissionais de

enfermagem. Entretanto, grande parte dos trabalhadores não percebe os riscos ocupacionais a que estão expostos (PITTA, 2003).

O excesso de atividades, decorrentes da insuficiência de pessoal e sua associação à falta de material, inviabiliza a realização de muitas tarefas, tornando, além de angustiante, praticamente impossível a realização de um trabalho qualificado. Para transformar um trabalho fatigante em equilibrante, é preciso flexibilizar a organização do trabalho, fornecendo liberdade ao trabalhador para construir seu modo operatório e buscando atitudes que lhe ofereçam prazer e redução da carga psíquica.

Quando a organização do trabalho não permite essa criatividade, é preciso uma reorientação do profissional que considere todas as suas aptidões e o valorize como um todo, e não apenas algumas delas, pois o pleno emprego de aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas parece ser uma condição de prazer no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O trabalho fatigante ocorre quando a via de descarga psíquica está bloqueada e, então, a energia psíquica se acumula, tornando-se inicialmente fonte de tensão, em seguida de desprazer, fadiga, astenia, até sua expressão como uma patologia propriamente dita. Quanto mais padronizado e repetitivo é um trabalho, mais tensão ele gera e maior o risco de que o trabalho seja fatigante (DEJOURS, 2015).

No que concerne ao aumento do volume de trabalho e a necessidade de domínio de tecnologias como aspectos que reduzem o tempo da equipe de enfermagem disponível para o cuidado dos pacientes, constatou-se que o cuidado direto com os pacientes tem sido identificado como fonte de prazer e gratificação, capaz de minimizar as perdas, inclusive as financeiras. Com isso, percebe-se que o prazer do trabalho está no cuidado do paciente, na sensação do trabalho cumprido, enquanto o desprazer, em geral, relaciona-se com a organização e com as condições de trabalho da enfermagem (ELIAS; NAVARRO, 2006).

4.2.2.2 Percepção das acadêmicas de enfermagem das condições de trabalho inadequadas

A fala das participantes deixa claro o quanto as condições inadequadas de trabalho interferem na sua futura sua atuação profissional, causando medo de demissões e desvalorização profissional.

> Muita exploração [...], locais de descanso não são adequados, salários que não condiz com que a gente merece, [...] muitas demissões, pessoas diminuindo as características do currículo para conseguir emprego (E2).

A enfermagem segue sendo uma profissão feminina, e como tal, com sérios problemas envolvendo a desvalorização do profissional na equipe de saúde e más condições de trabalho. Nesta campo de inadequações, observam-se os efeitos deletérios das péssimas condições de trabalho, pois as profissionais têm que lidar com o déficit de recursos humanos, que gera sobrecarga de trabalho, culminando em desgaste físico e mental; falta de concursos públicos; as exigências de longas jornadas; os horários extremos; as demandas físicas; e alta prevalência de doenças profissionais e registros de desgaste físico ou psicológico. Do mesmo modo, as exigências de trabalhadores multiprofissionais que assumem várias funções e tarefas têm ocasionado precariedade das condições e contratos empregatícios (MARSIGLIA, 2011).

Mesmo antes de estarem atuando no mercado de trabalho como enfermeiras, a visão das acadêmicas sobre as condições de trabalho das enfermeiras é muito negativa, pois elas veem a profissão como a "arte do improviso", devido à falta de medicamentos e de reconhecimento profissional.

> A enfermagem tem o título, enfermagem é improviso, porque quando falta ela sabe resolver as faltas que existem, das pendências, a enfermagem pensa rápido em resolver a dificuldade que acontece (E3).

> Um local de péssimas condições de estrutura, de materiais, medicamentos, falta de reconhecimento profissional e de lideranças abusivas, não me atraem e influenciam sim em minha futura escolha (E2).

Entende-se como improvisar o ato de fazer, arranjar, inventar ou preparar rapidamente materiais que não são os mais adequados para determinada finalidade. E adaptar caracteriza-se no ajuste de utensílios, objetos, peças para um fim diverso daquele para o qual se destina (FERREIRA, 1999).

O improviso no trabalho hospitalar surge de uma necessidade de cuidado urgente, em que as capacidades criadoras dos trabalhadores são mobilizadas com rapidez para uma imediata resolução de problemas práticos. Muitas vezes o trabalho só pode ser realizado na base do improviso. A impossibilidade de adaptar ou improvisar, até mesmo pela total falta de material, é percebida, ao desencadear sentimentos de pânico, raiva, angústia e preocupação, como um desgaste físico e mental extremo (SOUZA et al., 2010).

Apesar da prática das adaptações e improvisações para garantir que a assistência seja prestada quando da falta de alguns materiais, elas, dialeticamente, conduzem a gastos

excessivos de inúmeros materiais, necessários para a realização de ajustes, revelando um desperdício irracional que pode culminar numa intensificação da carência dos recursos materiais. Além disso, quando mal elaboradas, podem desqualificar a assistência prestada, como também podem ser tão prejudiciais para a saúde dos trabalhadores de enfermagem que acabam repercutindo na qualidade da assistência oferecida, haja vista a possibilidade de desmotivação, de falta de identificação e empenho com o trabalho a ser executado (GONÇALVES; LEITE; NASCIMENTO, 2011).

> Uma rotina pesada, cansativa e com baixos salários. A falta de boas condições de trabalho, como falta de profissionais e insumos, pois se você possui ao seu alcance boas condições de trabalho, seu desempenho acaba sendo mais efetivo, mais favorável, do contrário você acaba ficando limitado (E12).

A falta de materiais em quantidade e qualidade suficientes pode levar os trabalhadores ao improviso nesse enfrentamento, ocasionando sofrimento e demotivação no trabalho. A falta de investimentos no que tange aos recursos materiais e humanos levam à improvisação no trabalho, o que pode trazer resultados negativos para a assistência. Também se observam múltiplos contratos trabalhistas que interferem nos vínculos de afetividade e colaboração, além da falta de reconhecimento, injustiças e rotatividade de pessoal (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

4.3 **Categoria 2: Vivência de sofrimento e prazer**

Seguindo as categorias teóricas de Dejours e em decorrência do método de análise empregado, dividiu-se a categoria 2 em duas subcategorias: a) Vivência de sofrimento, com 20 URs (19,4%); b) vivência de prazer, com 30 URs (29,2%). Essas subcategorias apresentaram núcleos de sentido que são discutidos à luz do referencial teórico e de outros autores conforme pertinência do tema abordado.

As acadêmicas de enfermagem podem ter vivências de prazer e/ou sofrimento decorrentes da organização do trabalho das enfermeiras, pois, a partir de suas atividades práticas no ambiente laboral destas profissionais, elas passam a compreender a divisão do trabalho, o conteúdo das tarefas e as relações de poder que envolvem o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as questões de responsabilidade, ou seja, é o resultado de uma

negociação que envolve tanto o conteúdo das tarefas quanto as relações humanas de trabalho, podendo promover dignidade, como pode também ser alienante e levar ao adoecimento (MENDES; MULLER, 2013).

4.3.1 Subcategoria 1: Vivência de sofrimento

Emergiram desta subcategoria com vinte URs (19,4%) dois núcleos de sentido: falta de reconhecimento como fator de sofrimento (10 URs) e presenciando a violência obstétrica (10 URs).

4.3.1.1 Falta de reconhecimento do trabalho das enfermeiras como fator de sofrimento

A falta de reconhecimento, no campo obstétrico é percebida pelas participantes, podendo assim interferir em seu futuro profissional, diminuindo o seu potencial no trabalho e as desmotivando, conduzindo à desmobilização e, consequentemente, ao sofrimento no trabalho. A fala da participante associa o reconhecimento ao conhecimento teórico, como podemos notar:

> Acho que o enfermeiro não tem o reconhecimento que deveria, porque a gente estuda pra caramba, a gente não para aqui só na graduação [...] nós temos muita coisa para oferecer e muitas vezes não é reconhecido (E4).

A falta de reconhecimento repercute no processo de formação da identidade do sujeito, da afirmação da utilidade técnica, social ou econômica da atividade exercida e da expressão da individualidade e singularidade do trabalhador. A falta de reconhecimento do trabalho dificulta a transformação do sofrimento em prazer, já que o reconhecimento é condição essencial no processo de mobilização subjetiva e enfrentamento do profissional. Sabe-se que, na enfermagem, a falta de reconhecimento é histórica e se mantém na atualidade. A dificuldade de se definir as competências específicas da enfermagem diante das competências de outros profissionais influencia negativamente o profissional que, em determinadas

situações, não se posiciona por insegurança em definir, em reconhecer seu próprio papel (DEJOUR, 1992; TRAESE, 2009).

A fala da participante comenta a luta da enfermagem pelo reconhecimento institucional, do sistema e de outras categorias, principalmente a enfermeira obstétrica.

> Acho o trabalho importante, mas reconhecido não... quando [...] é uma luta a enfermagem "fazer" um parto, não é reconhecido pelo sistema, pela categoria médica, instituição, população (E8).
>
> As pessoas não conhecem o trabalho e não valorizam, porque ainda tem muito a figura do médico como aquele que faz o parto, então ainda não está na cabeça das pessoas que o enfermeiro tem total capacidade para isso (E7).

Há um aspecto cultural de supervalorização do saber médico. O mérito pelo êxito do tratamento é em geral dado somente ao profissional médico que detém o poder curativo. A parcela que cabe aos profissionais da enfermagem é frequentemente desvalorizada ou vista como um ato de caridade. Por ser uma profissão essencialmente manual, o ato de cuidar próprio da enfermagem acaba por ocupar uma posição menos importante aos olhos dos pacientes, dos familiares e dos próprios profissionais, quando comparado às ações médicas. Isso reflete até mesmo na remuneração das atividades do enfermeiro, que, ao cobrar um valor para realização de suas atividades, é muitas vezes tido como uma pessoa desumana, já que a prática de enfermagem é vista historicamente como um ato de servir ao outro sem intenções lucrativas (CAMPOS, 2010).

A falta de conhecimento a respeito da legislação que normatiza a atuação da enfermeira obstetra é, sem dúvida, uma razão para o questionamento da atuação da enfermeira obstetra pelo médico (ARAUJO; OLIVEIRA, 2006).

A fala da acadêmica reflete a falta de reconhecimento social.

> A sociedade não sabe ainda o papel do enfermeiro. Falo por experiência própria porque eu no quarto ano de faculdade e minha mãe falou: "você está estudando isso tudo só pra da vacina", aí um dia ela me falou: "olha, um dia você vai ser supervisor, chefe, fica tranquilo aí, você vai chegar para o enfermeiro e pedir pra ele te trazer um café" (E11).

A divisão da profissão por categorias (auxiliares, técnicos e enfermeiros) é uma segmentação dificilmente compreendida não só pelo público em geral, mas pelos próprios membros da equipe multidisciplinar. A classificação de todos como enfermeiros gera um sentimento de desvalorização e despersonalização, pois a formação das categorias é completamente diferenciada em suas funções e responsabilidades.

A falta de valorização e reconhecimento do trabalho da enfermeira pode interferir diretamente no seu empenho, na sua autoestima e, consequentemente, na relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo. O fazer profissional da enfermeira é mobilizado e estimulado por meio do reconhecimento do seu trabalho. A satisfação no trabalho e o sentimento de realização profissional são ingredientes que contribuem para o desenvolvimento do seu fazer e impulsionam a sua busca por crescimento profissional (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

O reconhecimento da enfermagem e o prestígio social podem fazer com que o enfermeiro se sinta pleno, com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho e perante a sociedade. O trabalhador, quando reconhecido, desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, o que pode motivar o enfermeiro a desenvolver a assistência ao paciente com maior qualidade por sentir-se valorizado (AVILA et al., 2013; SILVEIRA et al., 2012).

4.3.1.2 Presenciando a violência obstétrica

Na fala das acadêmicas de enfermagem, emergiu como forma de sofrimento durante seu período de estágio na maternidade a violência obstétrica sofrida pelas pacientes e o sentimento de impotência perante a situação devido a serem praticadas por profissionais médicos.

> Foi obrigar a paciente a ficar em uma determinada posição, pegar as perneiras e obrigar a paciente a ficar, foi uma ação realizada pela médica obstétrica e quando se tem CRM, não podemos falar nada, principalmente na rede privada (E13).

> A forma como a médica falou, ou melhor, a impaciência, porque o parto em si demora [...] momento que era para ser prazeroso e acaba se tornando doloroso e marcante, senti pelo que a paciente ouviu, aquelas agressões verbais são muito ruins, me marcou, achei desnecessário (E6).

A violência é a prática de ações voltadas para conservar interesses particulares por meio de instrumentos coercitivos explícitos ou sutis de qualquer natureza em contraposição aos mais legítimos interesses e direitos coletivos, desqualificando a práxis democrática, crítica e reflexiva e instituindo, com a finalidade de perpetuá-los, fatos e situações intensas de força, desproporcionais à utilidade tolerável da aceitação da dominação como fruto das relações de

poder, impondo, assim, um ambiente de não questionamento da realidade com o intuito de reproduzi-la (FARIA; MENEGHETTI, 2011).

Expressões como violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e aborto, violência institucional no parto, entre outras, foram utilizadas inicialmente para descrever e agrupar diversas formas de violências e danos durante o cuidado obstétrico profissional (TESSER et al., 2015).

A expressão "violência obstétrica" (VO), é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa a negligência na assistência, discriminação social, maus-tratos físico, psicológico e verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), assim como procedimentos desnecessários e danosos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina e ausência de acompanhante. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas podem ser considerados como práticas violentas (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; TESSER et al., 2015).

O poder médico encontra-se no topo da hierarquia hospitalar e se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade. Essa autoridade está pautada não só em determinados conhecimentos científicos e em tecnologias, como, também, em certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, além de exercerem determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. Por essa razão, a autoridade médica tem, como pilares, a legitimidade científica e a dependência dos sujeitos ao conhecimento que o médico detém, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso esta autoridade não seja obedecida (STARR, 1991).

A legitimidade e a dependência se dão, sobretudo, porque, em nossa sociedade, a saúde é um valor inequívoco de importância para todos, historicamente monopolizada pela medicina. O poder médico, neste sentido, é produzido pela comunicação entre os sujeitos sociais em condições de desigualdade. Esta obediência do paciente à autoridade médica se fundamenta na confiança que se estabelece na relação entre ambos. Desta forma, a medicina, na sua conformação atual (a de uma medicina tecnológica), pode ser entendida como uma "técnica tecnologia dependente", na qual, ao mesmo tempo em que há uma grande valorização da base científica desta tecnologia, há um enfraquecimento do caráter moral dependente da prática (SCHRAIBER, 2008).

Outro ponto importante percebido pelas participantes foi a banalização do sofrimento vivido pelas pacientes pelos outros membros da equipe.

> Presenciei várias formas de violência obstétrica que ia desde a repreensão do médico, anestesista e até mesmo da enfermeira, em fazer com que a paciente parasse de gritar durante o trabalho de parto (E2).

> Presenciar um parto realizado pela equipe médica e ver que ninguém fez nada para defender a paciente, nem a família, nem os outros profissionais (enfermeiros, pediatras), tudo bem que a família fica com medo do que pode acontecer com seu bebê, mas os outros profissionais sabem que aquilo não é normal (E1).

A violência na atenção obstétrica é percebida através do poder simbólico sofrido pelas mulheres, realizado por pressão e aceito através do reconhecimento e da obediência. Percebe-se que essa é a forma mais propícia da ocorrência dessa violência e muitas vezes acabam por disfarçar as reais intenções e relações de poder desiguais vigente, transformando-as em aceitáveis, tanto para a mulher que poderá sofrer a violência quanto para a equipe de saúde, configurando-se uma relação entre dominante e dominado (BOURDIEU, 1989; PEREIRA, 2000).

As mulheres se submetem de forma silenciosa e submissa às inúmeras rotinas hospitalares reprovadas por elas mesmas. Essa submissão, ou silêncio, geralmente é justificada pelo medo. Fica claro para as mulheres que esses serviços de saúde estabelecem a condição de desigualdade entre o profissional de saúde e a paciente, compreendida como relações hierárquicas (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; PARTO, 2012; PEREIRA, 2004).

Essa posição, de sujeito obediente a outro hierarquicamente superior, a que as pacientes são frequentemente chamadas a ocupar, ou seja, da paciente boa como aquela que colabora, que demonstra a obediência como uma qualidade esperada da paciente (DINIZ; CHACHAM, 2006; MCCALLUM; REIS, 2006; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WAGNER, 2001).

A banalização da dor ou do sofrer, remete-se, portanto, à falta de escuta dos profissionais, à desvalorização da fala da mulher, à não utilização de métodos de alívio à dor, ao descumprimento do que as normativas vigentes preconizam (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

4.3.2 Subcategoria 2: Vivência de prazer

Emergiram desta subcategoria 30 URs (29,2%) com dois núcleos de sentido: reconhecimento como fonte de prazer (19 URs) e resignação do sofrimento (11 URs).

4.3.2.1 Reconhecimento como fonte de prazer

Para as acadêmicas de enfermagem, o reconhecimento das atividades desenvolvidas por elas está ligado com a proximidade de tornar-se de fato enfermeira, de sentir-se útil para a sociedade e ter conhecimento, fazendo com que elas tenham prazer e felicidade.

> Quando alguém reconhece o esforço que a gente tem, quando a gente é reconhecida [...] já sou quase uma enfermeira, hoje eu aprendi isso, consigo me enxergar mais como futura enfermeira do que antes, [...] você se sente muito mais útil pra sociedade, quando você consegue entender bem o que você está fazendo, acho que isso traz prazer pra gente a gente fica feliz (E4).

A dinâmica do reconhecimento no trabalho se mostra fundamental, pois confere a recompensa moral-simbólica dada ao ego, por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, para o esforço, para a persistência, a resistência ao fracasso e a inteligência mobilizada para a solução dos problemas. Assim, o sujeito trabalha com a perspectiva do binômio contribuição/retribuição, ou seja, em troca de seu esforço, espera uma retribuição. E, ao contrário do que a maioria pensa, a melhor retribuição não é a material e financeira e sim o reconhecimento (DEJOURS, 2007).

O reconhecimento é uma forma de retribuição simbólica advinda da contribuição dada pelo sujeito trabalhador, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência no trabalho. Essa retribuição não ocorre de forma gratuita e automática. Ela acontece a partir da percepção e entendimento por parte dos trabalhadores presentes no coletivo de trabalho (chefias, colegas e comunidade) de que esse trabalhador desempenha um bom papel no exercício de suas atividades. Esse julgamento se dá a partir de dois olhares distintos, a saber: o julgamento de sua utilidade econômica, social e técnica, proferido em linha vertical (chefia, subordinados e clientes/pacientes), conferindo ao trabalhador sua afirmação na esfera laboral; e o julgamento

de “beleza”, proferido em linha horizontal, e responsável por dar ao trabalhador o sentimento de pertencimento a um grupo profissional (LIMA et al., 2013).

Entender o seu período de estágio como algo prazeroso e gratificante faz com que as acadêmicas de enfermagem se sintam mais satisfeitas, comprometidas, felizes e motivadas (RENNER et al., 2014). Porém, a realidade do trabalho é muito complexa e mutável, pois nem sempre o trabalho prescrito é realizado em toda sua plenitude por aquele que é o responsável por sua execução (enfermeira), uma vez que existe uma infinidade de possibilidades que podem acontecer no momento da execução, como imprevistos e falhas. Nessas situações, é realizado então o que se chama de trabalho real, que diz respeito ao modo como a atividade laboral se dá mediante os diferentes fatores que nela influenciam. Cabendo destacar que o trabalho real diverge do prescrito também porque o trabalhador imprime nele a marca de sua subjetividade, razão pela qual o trabalho é essencialmente humano (DEJOURS, 1992).

A sensação de ter o seu trabalho reconhecido e/ou valorizado, tanto por seus pares como pelos pacientes e seus familiares, gera nas acadêmicas de enfermagem um sentimento de satisfação profissional. Segundo a participante, o fato de haver a gratidão por seu serviço e a percepção de que é importante para a equipe produz o sentimento de utilidade e pertencimento ao grupo.

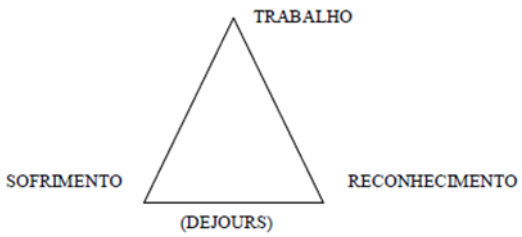
> Em geral o que do prazer é o olhar de agradecimento do cliente e da família e a fala gentil pelo acolhimento recebido pela enfermagem e entre outros profissionais (E1).

Para haver o reconhecimento do trabalho de um sujeito, há necessariamente que haver o julgamento de outros sobre esse trabalho, e este só é possível quando existe um coletivo de trabalho. Quando esse reconhecimento não ocorre, passa-se de forma despercebida ou indiferente, tanto aos olhos da chefia como pelos outros e no trabalhador é desencadeado uma situação de sofrimento, podendo comprometer sua saúde mental devido à desestabilização do referencial em que se sustenta sua identidade como trabalhador (DEJOURS, 2004). A percepção do reconhecimento mostra-se decisiva no mecanismo da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho.

Segundo Dejours (2008), o sujeito pode obter benefícios sobre seu esforço para a sua identidade pessoal. Então, trabalhar deixa de significar apenas produzir, mas também transformar-se. A motivação fundamental da mobilização no trabalho é a expectativa do sujeito em relação à própria realização. Quando se é beneficiado por esse reconhecimento, o trabalho se torna um mediador decisivo para a construção da identidade e, por conseguinte, da

saúde mental e até mesmo da saúde física. Para ele, o reconhecimento é essencial para que haja realização profissional, já que se posiciona entre o trabalho e prazer; a sequência é a seguinte: sofrimento – trabalho – reconhecimento – prazer. Ou seja, o reconhecimento pode ser um meio que possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer.

Figura 4 – Esquema de reconhecimento



Fonte: DEJOURS, 2005.

O reconhecimento da enfermagem e o prestígio social podem fazer com que a enfermeira se sinta plena, com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho e perante a sociedade. O trabalhador, quando reconhecido, desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, o que pode motivar o enfermeiro a desenvolver a assistência ao paciente com maior qualidade por sentir-se valorizado, o que não é diferente para as acadêmicas de enfermagem: ao terem seu trabalho reconhecido, sentem-se mais próximas da profissão e desta maneira realizam as atividades com maior empenho (AVILA et al., 2013).

As formas de reconhecimento explicitadas pelas acadêmicas de enfermagem ocorrem pela via do elogio ou do agradecimento e podem ser identificadas como o reconhecimento baseado em um julgamento de serventia, proferido pelos superiores, subordinados e clientes e membros da comunidade.

Os agradecimentos e reconhecimento do serviço realizado (E5).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, haveria dois tipos de reconhecimento: o reconhecimento baseado no julgamento de utilidade advindo dos superiores e, eventualmente, dos clientes; e o reconhecimento de estética, cuja origem provém dos colegas (DEJOURS, 2004).

A valorização do trabalho da enfermagem, traduzida por demonstrações de gratidão, comentários positivos, acerca do trabalho realizado, e o reconhecimento geral geram sentimentos de profundo prazer, muito embora, na maioria das vezes, o reconhecimento pelo

trabalho e o prazer que confere têm se restringido apenas ao paciente, que sempre dá um retorno, por meio de seus gestos, atitudes ou palavras.

> Acho que está no caminho, tudo é um processo, acho que ainda não é 100%, mas acho se a gente continuar se esforçando na parte científica a gente vai conseguir chegar lá e ter o reconhecimento de todos (E8).

O reconhecimento é fundamental para a saúde mental do sujeito, portanto a ausência do reconhecimento tem drásticas consequências tanto sobre o indivíduo quanto sobre o coletivo. Implica, primeiramente, um impedimento de derivar o sofrimento pela significação social, levando o indivíduo a uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica ou somática (DEJOURS, 2008).

4.3.2.2 Resignação do sofrimento

A exposição das acadêmicas de enfermagem a sentimentos de incapacidade e crises durante as atividades desenvolvidas ocorre desde os primeiros períodos de sua formação. Sentimento de revolta, baixa autoestima, desestímulo, passividade e frustração foram observados, inclusive interferindo em seus desempenhos

> Estando em uma situação na qual não posso fazer nada (como no estágio em que sou apenas aluna), ignoro e sofro em silêncio (E1).

> Essas situações por que você falar não vai adiantar nada, por que se você falar você tem que provar, por que os médicos se acham superior e não vai acontecer nada (E6).

No encontro com as atividades no campo prático, as acadêmicas de enfermagem fazem uso de estratégias defensivas e mobilizam sua inteligência corporal para dar conta de suas tarefas, buscando prazer e sentido nas atividades de produzir saúde, a partir da transformação do sofrimento patogênico em sofrimento criativo. A mobilização subjetiva é uma forma de lidar com o sofrimento diferente do uso de estratégias de defesa, entendida como um processo em que o trabalhador faz uso de sua subjetividade, sua inteligência prática e suas relações com o coletivo de trabalho para ressignificar as situações que geram sofrimento, transformando-as em situação de prazer. Torna-se, assim, uma forma alternativa às estratégias defensivas para o sujeito lidar com o sofrimento no trabalho, por meio do

reconhecimento do sofrimento e sua ressignificação, ao invés de sua negação (MENDES, 2007).

A fala das participantes demonstra uma postura de apatia diante de situações em que são expostas ao sofrimento, ignorando as situações, afastando-se e guardando como forma de exemplo para não as repetir quando de fato forem profissionais.

> Ignoro, tento tratar as pessoas como eu gostaria que fosse tratado. Guardo esses comportamentos hostis para que eu possa fazer diferente quando estiver convivendo com estagiários, pois daqui alguns anos de enfermagem eu posso ser cuidado por um estagiário que tive convívio um dia. No caso da parturiente, nada pude fazer (E13).
>
> Em situações que não posso ajudar, tento me afastar um pouco da situação (E9).

O uso de estratégias defensivas conduz as acadêmicas de enfermagem a um estado de "paralisação", sem apresentarem reação frente às limitações impostas pela organização do trabalho. Percebe-se que as acadêmicas utilizam pouco a mobilização subjetiva, a qual é caracterizada pelo movimento do sujeito que viabiliza capacidades de sentir, pensar e inventar para realizar o trabalho, sendo relevante para ressignificar o sofrimento no trabalho. É por meio da mobilização subjetiva que o trabalhador é impulsionado a resistir ao sofrimento e ressignificá-lo em direção ao prazer (FERREIRA, 2010; MERLO; MENDES; MORAES, 2012).

O predomínio dos mecanismos de defesa ou das estratégias defensivas tem como principal objetivo camuflar o sofrimento existente, o que explica o fato de as acadêmicas apresentarem características de normalidade aparente mesmo estando em processo de sofrimento psíquico. Ao longo do tempo, estas trabalhadoras podem se tornar rígidas e resistentes a mudanças para se protegerem do sofrimento que experimentam (DAVID et al., 2009; MERLO; MENDES; MORAES, 2012).

As acadêmicas de enfermagem evitam o adoecimento alienando-se das causas do sofrimento, porém a organização do trabalho se mantém inalterada. As defesas de adaptação e exploração se fundam na negação do sofrimento e na submissão ao desejo da produção. A organização age sobre o pensar, o sentir e o agir, sutilmente, de forma a conseguir excelência na produção. Assim, as acadêmicas exploram suas defesas, à medida que elas são postas a serviço do trabalho. Vários são os desdobramentos destas defesas. Entre elas, pode-se mencionar: cinismo, dissimulação, hiperatividade, desesperança de ser reconhecido, desprezo, entre outros (MENDES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo tomou como objeto as percepções das acadêmicas de enfermagem sobre a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas e por objetivos: descrever como as acadêmicas de enfermagem percebem a organização do trabalho das enfermeiras obstétricas e discutir quais os sofrimentos, prazeres e defesas que as acadêmicas de enfermagem apresentam em decorrência da organização do trabalho das enfermeiras obstétricas.

Dentre a percepção das acadêmicas de enfermagem, temos sua visão sobre o contexto da organização do trabalho das enfermeiras. As estagiárias reconhecem a divisão social do trabalho, característica crescente da fragmentação do trabalho, ao atribuírem à enfermeira obstétrica a visão de uma profissional altamente capacitada teórica e tecnicamente, que se destaca pelas suas habilidades e atitudes de competência e autonomia associadas à realização do parto e cuidados diretos à gestante; e à enfermeira generalista, a atribuição das características de liderança, burocracia/hierarquização, associando a estas o preenchimento de formulários, folhas de evolução e delegação das atividades (características de autoridade burocrática) em detrimento da assistência ao paciente.

Outro ponto atribuído à organização do trabalho das enfermeiras percebido pelas acadêmicas de enfermagem são as condições de trabalho, surgindo o sofrimento mediante a necessidade de pensar em ter que suprir a falta de materiais através da prática da adaptação e da improvisação de materiais e equipamentos, gerando frustração, irritabilidade, raiva, medo e impotência, levando-as a classificarem a profissão como a "arte do improviso", o que corrobora a precarização do trabalho das enfermeiras, seja pelo excesso de trabalho físico e mental, pelo acúmulo de horas trabalhadas, pela falta de material, pela má remuneração ou pelo vínculo empregatício que acarreta instabilidade. Essa realidade de condições de trabalho precárias acaba trazendo repercussões à saúde do trabalhador, proporcionando o adoecimento físico e mental.

Dentre as vivências de prazer, sofrimento e defesa decorrentes da organização do trabalho das enfermeiras em seu campo laboral, as acadêmicas de enfermagem reconhecem como causa de sofrimento a falta de reconhecimento e a vivência da violência obstétrica nas maternidades; e perceber que o cuidado oferecido na área da saúde da mulher, no ciclo gravídico-puerperal, não condiz nem com aquele que é preconizado pelo Ministério da Saúde, nem com o apreendido em sala de aula. O fato de elas perceberem e se sensibilizarem com o problema já é importante para que não se tornem reprodutoras omissas do modelo existente.

Como fontes de prazer e felicidade, o reconhecimento das atividades desenvolvidas por elas, a proximidade de tornar-se de fato enfermeira e sentir-se útil para a sociedade, e a ressiginificação do sofrimento no trabalho são entendidos como fontes de prazer e sofrimento, em que esse último, bem como a utilização de estratégias de defesa, não são considerados necessariamente patológicos, mas sim possibilidades para que o trabalhador se mobilize em favor de sua saúde; entretanto, essas estratégias geram futuros profissionais apáticos que não apresentam reação frente às limitações impostas pela organização do trabalho.

Recomenda-se que a formação das acadêmicas de enfermagem seja repensada, visto que os aspectos referentes à organização do trabalho das enfermeiras – não somente os aspectos físicos, mas, também, sociais, culturais, ambientais e afetivos – refletem sobre o processo de formação educacional e na transformação de sujeitos críticos e reflexivos capazes de avaliar a importância da organização do trabalho, evitando, assim, o adoecimento e o alienamento das causas do sofrimento, que contribuem para que a organização do trabalho se mantenha inalterada.

Diante das limitações do estudo decorrentes de tempo, recomenda-se a realização de novas pesquisas sobre a o trabalho das enfermeiras que atuam em maternidade, com enfoque nas divisões sociais do trabalho entre a enfermeira generalista e a especialista, no olhar do estudante trabalhador de enfermagem sobre o trabalho da enfermagem e em como suas experiências podem interferir no seu processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M., D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 15, n. 36, p. 79–91. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. **Rev. Bras. Enferm**., [s. l.], v. 63, n. 5, p. 844–847, 2010.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enferm**., [s. l.], v. 58, n. 3, p. 261–265, 2005.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?:** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. Apresentação. In: _____. (Org.) **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

_____. Século XXI: a nova era da precarização estrutural do trabalho? In: DAL ROSSO, S.; FORTES, J. A. A. S. (Orgs.). **Condições de trabalho no limiar do século XXI**. Brasília, DF: Época, 2008b.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, N. R.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare Enferm.**, [s. l.], v. 11, n. 1, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A.; SERRA, P. J.; TAVARES, I. R. (Orgs). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psic. em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34–55, abr. 2014.

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enferm**, [s. l.], v. 34, n. 3, 2013.

AZEVEDO, C. S. **O trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. 2005. 351 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

AZEVEDO, L. G. F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho**. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BARBOSA, P. M. **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na modalidade de residência (Rio de Janeiro, 2004 a 2006).** 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BATALHA, C. **O movimento operário na Primeira República**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 2, n. 2, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf.> Acesso em: 8 dez. 2018.

BESSE, S. K. **Modernizando a desigualdade**: reestruturação da ideologia de gênero no Brasil 1914-1940. São Paulo: Edusp, 1999.

BIANCO, M. H. C. **Construção da autonomia do enfermeiro livro 2000**: SP um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC, 2002.
140 p.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, [s. l.], v. 2, p. 141–163, Nov. 1981.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, 2009.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116>. Acesso em: 03 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria Conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Seção 1, p. 63–4.

_____. Portaria GM 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS grupo de procedimentos para o parto normal realizado por enfermeiro obstetra e parteira e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab1998.htm>. Acesso em: 22 mar. 2017.

_____. Portaria SAS/MS 163, de 22 de setembro de 1998. Introduz no SIH/SUS aprova o Laudo de Enfermagem/Autorização de Internação Hospitalar. Brasília, DF, 1998.

BRUSCHINI, M. C. A.; PUPPIN, A. B. Trabalho das mulheres executivas no Brasil no final do século XX. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, v. 34, n. 121, p 105-138, jan./abr. 2004.

BUARQUE, C. **A aventura da universidade**. 2. ed. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 239 p.

BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. Bras. Enferm.(Online)**, [s. l.], v. 59, n. 2, p. 222–227, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 5, ago. 2010.

CARRASQUEIRA, F. A.; BARBARINI, N. Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE DA PUCPR, 2010, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Saúde Mental e Psicanálise, 2010.

CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**: projeto formação em cidadania para saúde: temas fundamentais da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: UNESP, 2001.

_____. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

CHIAVENATO, R. Introdução à teoria geral da administração. 6. ed. Rio de Janeiro, 2000.

COLLISELLI L, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 62, n. 6, p. 932–937, dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Enfermagem em números**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. Resolução CNS/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Seção 1, p. 11.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

COSTA, R. F. **As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural**. 72 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CUNHA, M. et al. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, [s. l.], n. 38, p. 271–282, 2016.

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

DAVIS–FLOYD, R. The ritual of hospital birth in America. In: SPRADLEY, J.; MCCURDEY, D. (Eds.) **Conformity and conflict**: readings in cultural anthropology. New York: Harper Collins, 1994.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enferm.**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 206–14, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

DECRANE JUNIOR, A. C. Um modelo constitucional da liderança. In: HESSELBEIN, F. et. al. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, 1996. cap. 25, p. 249–55.

DEDECCA, C. S. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: **Colóquio internacional novas formas do trabalho e do desemprego:** Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada. São Paulo: USP, 2006.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5–15, maio 2001.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008. p. 57-123.
DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Trad. Maria Irene Stocco Bestiol e Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. A psicologia das massas sob a perspectiva da clínica do trabalho. In: _____. **Trabalho vivo**: trabalho e emancipação. Brasília, DF: Paralelo 15, 2012.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. 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, 2015.

_____. **Segundo o fator humano**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 27–34, set./dez. 2004. Disponível em: <httpwww.scielo.brpdfprodv14n3v14n3a03.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord). **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DE PAULA, G. S. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **Rev. Aquichan**, Chía, ano 10, v. 10, n. 3, 2010.

DIAS, M. A. A. Liderança e mudanças na educação. **Cadernos Centro Univ. S. Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 112–116, jul./set. 2003.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprod.**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G. , SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**. [s. l.], v. 359, n. 9318, p. 1681–5, 2002.

DOMBROWSKI, J. G.; PONTES, J. A.; ASSIS, W. A. L. M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Rev. Bras. Enferm. (Online)**, [s. l.], v. 66. n. 6, p. 827–32, nov./dez. 2013.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 517–25, 2006.

FARIA, J. H.; MENEGHETTI, F. K. A instituição da violência nas relações de trabalho. In: FARIA, J. H. (Org.). **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2011.

FERRAZ, C. A. **Compreensão de exercício profissional do enfermeiro**: uma análise fenomenológica. 1989. 83 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

FERREIRA, A. B. H. **Novo aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A. C. Para uma concepção decente e democrática do trabalho e dos seus direitos: (re)pensar o direito das relações laborais. In: **A globalização e as ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FERREIRA, J. B. Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, A. M. et al. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010.

FONTES, W. D.; LEADEBAL, O. D. C. P.; FERREIRA, J. A. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação, **Rev. Rene**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 86–94, 2010.

FRANCISCO, C.; PEREIRA, A. M.. S.; PEREIRA, M. G. Como vai a saúde dos alunos estagiários?: avaliar para intervir. In: CONGRESSO GALEGO-PORTUGUÊS PSICOPEDAGOGIA, 8., 2005, Braga. **Anais...** Braga: Psicodedagogia, 2005.

FREIRE, P. **Paulo Freire ao vivo**. São Paulo: Loyola, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996
GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, 1998.

GARCÍA, I.; SANTA, B. E. S. Relationship between nurses' leadership styles and power bases. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 295–301, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19669 037>. Acesso em: 19 jul. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIMENEZ, D.; KREIN, J. D. Terceirização e o desorganizado mercado de trabalho brasileiro. In: TEIXEIRA, M.; ANDRADE, H. R.; COELHO, E. (Orgs.) **Precarização e terceirização**: faces da mesma moeda. São Paulo: Sindicato dos Químicos, 2016.

GÓIS, O. S., GUIMARÃES, J., MEDEIROS, S. M. Neoliberalismo e programa saúde da família: a propósito do trabalho precarizado. **Rev. Enferm. UFPE**, [s. l.], v. 4, esp., p. 1204-210, maio 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Nat%C3%A1lia/Downloads/6279-11227-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

GONÇALVES, F. G. A.; LEITE, G. F. P.; NASCIMENTO, S. M. P. **O modelo neoliberal e suas repercussões no trabalho de enfermagem**. 2001. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GONÇALVES, R. Dinâmica sexista do capital. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 9, n. 10, 2001.

GUIMARÃES, M. C. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, [s. l.], v. 34, n. 120, jul/-dez. 2009.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: Loyola, 1992. cap. 8-9, p. 121-162.

HUMANIZAÇÃO do parto. **Jornal do Coren-MG**, Belo Horizonte, p. 10, jun./set. 2015. Disponível em: <http://www2.corenmg.gov.br/anexos/informativo_37_3__2015_R.pdf>. Acesso em: 26 set. 2017.

IGLESIAS-Parra, M. R. et al. Nursing students' and tutors' satisfaction with a new clinical competency system based on the Nursing Interventions Classification. **Int. J. Nurs. Knowl.**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 193–200, Oct. 2016.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm.,** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570–5, 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/291.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

KANTORSKI, L. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, 1997.

LEMOS, M. V.; PASSOS, J. P.; RENNÓ, C. O. Satisfação no trabalho da enfermagem em UTI. **Rev. Pesquisa Cuidado Fund.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2890–2900, out./dez.2012.

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

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação escolar**: políticas, estrutura e organização. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LIMA, J. R. N. et al. Percepção do acadêmico de enfermagem sobre o seu processo de saúde/doença durante a graduação. **Rev. Sau. Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 54–62, 2013.

LOBO, P. L. N. Direito ao estado de filiação e direito à origem genética: uma distinção necessária. In: **Afeto, ética, família e o novo código civil**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

LOURENÇO, M. R.; TREVIZAN, M. A. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001.

MACHADO, L. R. S. Usos sociais do trabalho e da noção de competência. In: HIRATA, H.; SEGNINI, L. (Eds.) **Organização, trabalho e gênero**. São Paulo: Senac, 2007. p. 277–308.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociosemográfico. **Enferm. Foco (Online)**, [s. l.], v. 7, esp., p. 11–17, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 12 maio 2018.

MARION, J. C.; DIAS, R.; TRALDI, M. C. 2. ed. **Monografia para os cursos de administração, contabilidade e economia**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439, dez. 2006.

MARSIGLIA, A. C. G. **A prática pedagógica histórico-crítica**. Campinas: Autores Associados, 2011.

MARTINIANO, C. S. et at. Legalization of nurse prescribing of medication in Brazil: history, trends and challenges. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, jul./set. 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 187–205, 2002.

McCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 1483-91, 2006.

MEDEIROS, I. L. P. Gestão democrática na e da educação: concepções e vivências. In: LUCE, M. B.; MEDEIROS, I. L. P. (org.). **Gestão escolar democrática**: concepções e vivências. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

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

MENDES, A. M.; MULLER, T. C. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, F. O. (Org.) **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juru, 2013. p. 289–292.

MENEZES, R. T. S.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953–8, 2011.
MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito no trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique**: uma introdução à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2013.

MORAES, R. D., VASCONCELOS, A. C. L., CUNHA, S. C. P. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. **Rev. Psicologia: Organizações e Trabalho**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 217–228, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v1 2n2/v12n2a07.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MOREIRA, N. J. M. P. **Precarização do trabalho no campo obstétrico**: percepções de enfermeiras. 2017.

MORIANO, J. et al. The influence of transformational leadership and organizacional identification on intrapreneurship. **Springer Science Business Media**, [s. l.], v. 10, n. 1, p.103–119 , Jul. 2011.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

MOSQUERA, J. J. M. **Pessoas, trabalho e significado**. Palestra, ago. 2004. Disponível em: Disponível em: <http://www.pucrs.br/feecultura/2004/agosto/palestra.pdf>. Acesso em:16 jul. 2017.

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. G. T. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731–40, out./dez. 2009.

NEUMANN, M. et al. Efeito do tamanho de partícula e da altura de colheita das plantas de milho (*Zea mays L.*) para ensilagem na produção do novilho superprecoce. **Rev. Bras. Zootecn**., [s. l.], v. 36, n. 5, p. 1395–1405, 2007.

NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Ensino da liderança em enfermagem: um estudo bibliométrico. **Acta Paul. Enferm. (Online)**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 308–13, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a24v25n2.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

NOGUEIRA, M. C. **A feminização no mundo do trabalho**: entre a emancipação e a precarização. O avesso do trabalho. 2. ed. São Paulo: Expresso Popular, 2010.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO; P. M. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

NORONHA, R. Motivação no ensino e na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 70–75, jan./mar. 1985.

PARTO do Princípio. **Violência obstétrica**: "parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 75–91, 2002.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 391–400, 2004.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde que atendem à mulher em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PINHEIRO, L. et al. **Mulheres e trabalho**: breve análise do período 2004-2014. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160309_nt_24_mulher_trabalho_ marco_2016.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm. (Online)**, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros, 1999. p. 23–81.

PIRES, D.; GELBECKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer dos trabalhadores de nível médio. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311–325, set. 2004.

PIRES, M. R. G. M. Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil. **Inteface: Comunic. Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 115–6, fev. 2002.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Annablume Hucitec, 2003.

POCHMAN, M. **O trabalho na globalização**. São Paulo: Boitempo, 2001.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 331–336, abr./jun.2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>. Acesso em: 02 maio 2018.

PRATA, J. A. **A constituição do habitus profissional no Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2016. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. Instituto Catarinense de Pós-Graduação, Criciúma, 2003. Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/05/artigo_jan_gen_a_evolucao_da_mulher_no_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PROGIANTI, J. M.; LOPES, A. S.; GOMES, R. C. A. participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Rev. Enfem. UERJ** , Rio de Janeiro, v. 11, p. 273–7, 2003.

QUINTANA, P.; ROSCHKE, M. A.; RIBEIRO, E. C. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q. J. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: OPAS, 1994.

RAGO, M. **Trabalho feminino e sexualidade**: história das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2001.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.**, [s. l], v. 23, n. 80, p. 401–22, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12939.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.
REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Carta de Campinas**. 1993. (Mimeo).

REIS, F. F.; BRAGA, A. L. S. O trabalho noturno e seus impactos na saúde da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7133–7145, mar. 2015.

RENNER, J. S. et al. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Rev. Min. Enf**., [s. l.], v. 18, n. 2, p. 440–446, 2014.

RIBEIRO, J. M. S. **Autonomia profissional dos enfermeiros**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <repositório-aberto.up.pt/bitstream>. Acesso em: 30 abr. 2018.

RIBEIRO, M.; SANTOS, S. L.; MEIRA, T. G. B. M. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 109-115, 2006.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

RODRIGUES, R. C. V.; PERES, H. H. C. Panorama brasileiro do ensino de enfermagem on-line. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 298–304, 2008.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Formação na graduação em enfermagem no estado do Paraná. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 417–23, maio/jun. 2009.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460–8, 2005.

SADER, E. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATRA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Estado, sociedade e profissional em saúde**: contradições e desafios em vinte anos de SUS. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

SANTOS, M. S.; MESQUIDA, P. **As matilhas de Hobbes:** o modelo da pedagogia por competência. São Paulo: Edumesp, 2007.

SANTOS, T. A. **O valor da força de trabalho da enfermeira**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2011/07/O-valor-dafor%C3%A7a-de-trabalho-da-enfermeira.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, p. 101–122, 2012.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368–377, jun. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200022>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações:** a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.

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, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SILVA, D. **O trabalho histórico**. Tópico Estilo. 2011. Disponível em: <http://revistalingua.uol.com.br/textos/67/artigo249103-1.asp>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SILVA, K. L; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48–56, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

SILVA, L. A. A; MIGOTT, A; GRZYBOVSKI, D. A aplicação conceitual da Teoria da Burocracia na área da enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo (RS). **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2001.

SILVA, R. M.; SILVA, I. C. M.; RAVALIA, R. A. Ensino de enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. **Revista Práxis**, [s. l.], ano 1, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.foa. org.br/praxis/numeros/01/37.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

SILVA, R. S.; SANTOS, M. H. E. R. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro**. Revista Nursing**, [s. l.], v. 12, n. 136, 2009.

SILVA JUNIOR, J. R. **Reforma do Estado e da educação no Brasil de FHC**. São Paulo: Xaruã, 2002.

SILVEIRA, R. S. et al. Percepcão dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm Foco**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 93–6, 2012.
SIMÕES, A.; FAVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem (Online)**, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 567–573, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Esc. Anna Nery (Online)**, v. 14, n. 2, p. 236–243, 2010.

SPAGNUOLO, R. S., PEREIRA, M. L. Práticas de saúde em enfermagem e comunicação: um estudo de revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1603–1610, 2007.

SPRANDEL, L.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf.**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 704–802. 2012.

STARR, P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: _____. (Org.). **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México: Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, 1991.

STEARN, P. N. de. **História da sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

STRAUSS, K, GRIFFIN, M. A.; PARKER, S. K. Future work selves: how salient hoped for identities motivate proactive career behaviors. **J. Appl. Psychol.**, [s. l.], v. 97, n. 3, p. 580–98, May 2012.

TANEGUTI, L. Y. **Desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de uma educação nacional de qualidade**. Brasília: Ministério da Educação, 2013. 48 p.

TEIXEIRA, E. et al. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 479-487, 2006.

TEIXEIRA, N. Z. F; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 59, n. 6, p. 740–4, 2006.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Família Comunidade**, [s. l.], v. 10, n. 35, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TRONCHIN, D. M. R.; SILVA, M. R. B.; GUALDAL, D. M. R. O enfermeiro assistencial e a formação do aluno de graduação. In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 4., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Formação do Aluno de Enfermagem, 1998.

VASCONCELOS, R. B; ARAÚJO, J. L. The prescription of medicines by the nurses in the family health strategy. **Cogitare Enferm (Oline)**, v. 18, n. 4, out./dez. 2013.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, supl. 1, p. 1301–1314, 2010.

VERGARA, S. C. **Método de coleta de dados no campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, F. O. ; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, [s. l.], v. 75, supl.1, p. 25-37, 2001.

XIMENES NETO, F. R. G. et al.Trabalho dos enfermeiros no controle das doenças sexualmente transmissíveis: análise do perfil, necessidades e facilidades vivenciadas na Estratégia Saúde da Família. **Paraninfo Digital** (Online), [s. l.], ano 6, n. 16, 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

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

Título do projeto: "**O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica dos acadêmicos de enfermagem"**

Pesquisadores Responsáveis: Prof.ª Dr.ª Jane Márcia Progianti (Orientadora) e Enfermeira Obstétrica Marina Nunes de Souza (Mestranda).

Dados de identificação

Nome:

Iniciais:

Idade: (...) 20 a 24 Sexo: Fem. ( ) Masc. ( )

(...) 25 a 29

(...) 30 a 34

(...) 35 a 39

(...) > 40 anos

Possui vínculo na enfermagem? (...) Não ( ) Sim

Se sim, qual área?

Qual a categoria:

Está trabalhando? (...) Não ( ) Sim

Na área Hospitalar? (...) Não ( ) Sim ( ) Público ( ) Particular

Quantos empregos possui? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

Jornada de Trabalho semanal:

Natureza desses vínculos: (...) Estatutária ( ) CLT ( ) Outros_____

Salário mensal:

Renda familiar:

1.DADOS GERAIS:

1. Fale-me por que você escolheu a Faculdade de Enfermagem

2. Fale-me como você vê a saúde da mulher

3. Fale-me como você vê a enfermeira obstétrica

2- **DADOS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM** (Condições de Trabalho da equipe de enfermagem na visão do aluno)

1. Fale-me sobre as atividades das enfermeiras que atuam na maternidade.

2. Fale-me sobre o que lhe chamou atenção quando a enfermeira estava fazendo as atividades acima.

3. Fale-me sobre como você vê A enfermeira na equipe de saúde. E na maternidade onde estagiou?

4. Acha o trabalho da enfermagem reconhecido?

5. O que você acha da rotina de trabalho dessas enfermeiras e dos outros membros da equipe?

6. Fale-me como percebe as diferenças entre o trabalho dos técnicos e as enfermeiras.

7. Como você descreveria a relação das enfermeiras com as clientes?

8. Você percebe no trabalho da enfermagem diferenças devido os sexos?

9. Fale-me se já presenciou alguma violência contra a enfermeira e contra os pacientes.

10. Você já sofreu alguma violência enquanto aluno de enfermagem?

11. Fale-me como condições de trabalho interfere na sua atuação futura ou atual?

3- DADOS SOBRE SOFRIMENTOS, PRAZERES DEFESAS QUE OS ALUNOS APRESENTARAM EM DECORRÊNCIA DESSAS CONDIÇÕES

1.Você se lembra de situações de prazer que você vivenciou no seu período de estágio? Alguma situação durante sua passagem pela obstetrícia?

2.Quais foram as situações de sofrimento que você vivenciou no seu período de estágio?

3.O que você faz diante das situações que lhe causam sofrimento.

APÊNDICE B – 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.
CEP: 20551-030 - Rio de Janeiro – RJ

Título do projeto: "**O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica dos acadêmicos de enfermagem"**

Pesquisadores Responsáveis: Prof.ª Dr.ª Jane Márcia Progianti (Orientadora) e Enfermeira Obstétrica Marina Nunes de Souza (Mestranda). Esta pesquisa tem como foco as percepções das acadêmicas de enfermagem sobre os fatores causadores de sofrimento no ambiente laboral das enfermeiras obstétricas e como elas consideram que sua formação as está preparando para enfrentarem tais situações. Os objetivos da pesquisa são: i) descrever como a organização de trabalho das enfermeiras no campo obstétrico é percebida pelas discentes do curso graduação de enfermagem; ii) descrever como as condições de trabalho das enfermeiras no campo obstétrico são percebidas pelas discentes do curso graduação de enfermagem;

Para tal, convidamos você para prestar colaboração como participante efetiva desse processo de construção, através da prestação de informações que serão coletadas por meio de uma entrevista. As entrevistas semiestruturadas, terá duração média de 45 a 60 minutos, serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, sendo doadas ao Centro de Memória Nalva Pereira Caldas (CMNPC), para que outros pesquisadores façam uso dessa fonte primária. Caso opte por não autorizar a doação ao referido Centro, o depoimento oral será usado somente para esta pesquisa e será destruído após o término da mesma. Pelo presente termo, autorizo a transcrição do depoimento para que seja utilizado nas publicações científicas pelos autores envolvidos. Caso não concorde com essa divulgação, os autores garantirão meu anonimato inclusive no material que será doado ao CMNPC.

Há risco de essa pesquisa ocasionar desconfortos por sua participação. A entrevista semiestruturadas, será realizada em um lugar privado, em dia e horário de sua escolha. Serão respondidas todas as perguntas que você venha julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como em qualquer momento do trabalho. Além disso, é seu direito recusar-se a responder qualquer uma das perguntas, caso julgue pertinente. Ressalta-se que não haverá quaisquer gastos ou remuneração financeira para o participar deste estudo, sendo sua participação completamente voluntária, podendo cessar a qualquer momento e por qualquer razão. Qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo, entrar em contato com Dr.ª Jane Márcia Progianti no Endereço: Faculdade de Enfermagem da Uerj, Av. 28 De Setembro n.º 157, 8.º Andar – Vila Isabel. Tel.: (21)2868-8255, e-mail: jmprogi@uol.com.br; ou com Marina Nunes de Souza no mesmo endereço ou número telefônico (21)98651-0726, ou e-mail: ninhamarina@oi.com.br.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelo endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3.º andar, sala 3018. Bairro: Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br. Tel./fax: (021) 2334-2180. Acreditamos que este trabalho contribuirá para o ensino da enfermagem obstétrica, pois visa auxiliar a reflexão da academia sobre como estão se fixando as egressas do curso de residência patrocinados pelo governo federal no mundo do trabalho na saúde.

Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Esclarecido.

_____ _____

Data Assinatura do Participante

_____ _____

Data Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – Categorias teóricas

Quadro 2 – Categorias teóricas de acordo com dados encontrados na pesquisa

Categorias Teórica			
Categorias	Subcategorias	Nº de UR	% de UR
Contexto do Trabalho		53	**51,4%**
	Organização do trabalho	31	30, 1%
	Condições de trabalho	22	21, 3%
Mobilização subjetiva do trabalho		50	**48,6%**
	Vivência de prazer e sofrimento	26	25,3%
	Estratégias defensivas	24	23,3%
Total		**103**	**100%**

Quantidade de UR núcleo de sentido			
NS1	**NS2**	**NS3**	**TOTAL**
16	09	06	31
10	12		22
10	10	06	26
13	11		24
			103

Fonte: A autora, 2019.

ANEXO – Carta de aprovação do CEP

UERJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ UNIVERSIDADE DO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho das enfermeiras obstétricas na ótica dos acadêmicos de enfermagem

Pesquisador: MARINA NUNES DE SOUZA
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 82003517.6.0000.5259
Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.531.439

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Com objetivo de descrever a organização de trabalho das enfermeiras
no campo obstétrico percebidas pelas discentes do curso graduação de enfermagem. Mediante isso, o planejamento dessas pesquisas é bastante
flexível de maneira que se promova considerar aspectos variados do que se estuda. As participantes do estudo serão acadêmicas do curso de
graduação em enfermagem, de uma Universidade, que já cursaram a disciplina de estágio supervisionado em saúde da mulher

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
-Descrever a organização de trabalho das enfermeiras no campo obstétrico percebidas pelas discentes do curso graduação de enfermagem;-
Descrever as condições de trabalho das enfermeiras no campo obstétrico percebidas pelas discentes do curso graduação de enfermagem;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Resolução 466/2012, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, considera-se que toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos na dimensão da saúde,

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com

envolva riscos aos participantes. Nossa pesquisa enquadra-se no que a literatura considera de riscos mínimos, pois não executará nenhum tipo de intervenção medicamentosa, invasiva ou manipulativa, nem nenhum tipo de modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas aos indivíduos que participam do estudo. Em nosso caso aplicaremos entrevista semiestruturada em que o participante poderá negar-se a responder qualquer pergunta em que não se sinta a vontade para responder. Contudo, não se extinguirá a possibilidade de danos a dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Nesse caso, o pesquisador se submeterá a legislação civil dos país, no que verse sobre assunto, incluso aos ressarcimentos de qualquer natureza, quando previsto na lei.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os dados obtidos com as entrevistas serão submetidos à análise de conteúdo, desenvolvida segundo Bardin (1977). Trata-se de uma técnica de
investigação que busca interpretar o conteúdo das comunicações com uma descrição objetiva e sistemática do seu conteúdo manifesto (Ibidem).
A análise de conteúdo será do tipo temático, em que o texto é desmembrado, através de critério, em categorias temáticas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos eminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

UERJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/ UNIVERSIDADE DO

Continuação do Parecer: 2.531.439

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1037621.pdf	21/11/2017 17:48:23		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/11/2017 17:45:56	MARINA NUNES DE SOUZA	Aceito
Orçamento	despesas.pdf	20/11/2017 22:53:58	MARINA NUNES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pesquisa.pdf	20/11/2017 22:01:10	MARINA NUNES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	20/11/2017 21:54:09	MARINA NUNES DE SOUZA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/11/2017 21:53:26	MARINA NUNES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Março de 2018

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com